
C 3 9015 00339 542 6
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Zweiundzwanzigster Jahrgang 1920/21.



Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.



Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)





Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, San.-Rat Dr. **Deiters**, Grafenberg, San.-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann**, Hartheck, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. **L. W. Weber**, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Schriftleiter:

Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 1/2. 10. April **1920/21.**

Bezugspreis: M 5,— für das Vierteljahr, für das Ausland (ausschl. Deutsch-Österreich) M 6,—. Zu beziehen durch jede Buchhandlung, die Post und unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Inhalt:

Die Zunahme der Tuberkulose im Kriege; Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung.

Von Dr. **G. Fehsenfeld**, Oberarzt an der Landesirrenanstalt Neuruppin.

Die Tuberkulose hat unter den Verhältnissen des Krieges und seiner Folgen in erschreckender Weise zugenommen. Es ist uns nicht gelungen, einen Damm gegen sie zu errichten, ein Beweis dafür, daß unsere bisherigen Maßnahmen unzureichend waren. Darum gilt es die Kräfte zu verdoppeln, um Einhalt zu tun. Die Größe der Aufgabe kann uns nicht schrecken, denn das Elend ist der stärkste Antrieb zum Aufstieg, zum Wiederaufbau.

Von alters her ist die Tuberkulose weit verbreitet. Die Zahl der ihr erliegenden Opfer wird durch eine einzige einheitliche Todesursache, den Darmkatarrh und Brechdurchfall der Säuglinge übertroffen. In Preußen starben 1913 an Tuberkulose 56 861, 1917 86 217 Personen. In den deutschen Städten von mehr als 15 000 Einwohnern, die etwa drei Achtel der Gesamtbevölkerung Deutschlands ausmachen, starben von der Zivilbevölkerung 1913 40 374, 1918 rund 74 000 Personen. In den Städten hat die Steigerung bis 1917 ... v. H., auf dem Lande 40 v. H. ausgemacht.

Betrachten wir die Lebensalter, so zeigt sich, daß vom 15. bis 60. Lebensjahre keine Todesursache ist, die auch nur die Hälfte der Opfer fordert, wie die Tuberkulose. Im 2. bis 7. Lebensjahre ist die Tuberkulose der gefährlichste Feind der Kinder. Es starben z. B. in Berlin in diesem Alter 1906—07 durchschnittlich von 100 000 Lebenden 1516 Kinder an Tuberkulose. Alle anderen Todesursachen forderten weniger Opfer.

Seit den achtziger Jahren war die Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose langsam, aber stetig zurückgegangen. 1886 kamen 31 Todesfälle an Tuberkulose auf 10 000 Lebende, 1913 13,65, womit der tiefste Stand erreicht wurde. Im Kriege ist nun die Erkrankungsziffer außerordentlich gestiegen, und abgesehen davon ist der Verlauf der Erkrankung schneller und bösartiger geworden; letzteres gerade auch bei den Kindern. Kommissionen der neutralen Staaten bereisten in diesem Jahre Deutschland, um aus eigener Anschauung den Gesundheitszustand unseres Volkes kennen zu lernen, und waren entsetzt über die Verwüstungen, welche



die Tuberkulose an der Gesundheit der deutschen Kinder angerichtet hatte. Auf je 10 000 Lebende berechnet stellt sich der Anstieg der Gesamttodesfälle an Tuberkulose so dar: 1914 13,87, 1915 14,45, 1916 15,28, 1917 steiler Aufstieg auf 20,28 v. 10 000. Für 1918 wird diese Ziffer noch überschritten werden. Unter den schulpflichtigen Kindern fanden sich 1916 dreimal soviel Tuberkulöse, in den nachschulpflichtigen Altern zweimal soviel als im Jahre vorher.

Zweifellos spielen bei der Zunahme der Tuberkulose verschiedene Komponenten eine Rolle. Einmal sind die „Quellen" zahlreicher geworden, von denen aus eine Überschwemmung mit tuberkulösem Material erfolgen kann, sodann hat die Empfänglichkeit für die Ansteckung eine Steigerung erfahren. Infolge Entbehrungen, ungenügender Ernährung und davon herrührender Schwächung der Widerstandskraft sind zahlreiche ruhende Tuberkuloseherde wieder tätig, lebendig geworden; die Bazillenstreuer haben sich dadurch stark vermehrt und zu zahlreichen Infektionen, namentlich auch zu Kinderinfektionen Veranlassung gegeben. Sehr oft sind die Kranken sich ihres Leidens gar nicht oder zu spät bewußt geworden, als schon weit fortgeschrittene Prozesse bestanden, von denen aus durch direkte oder indirekte Berührung eine Infektion der Familienglieder fortgesetzt erfolgte. Wie oft hat man nicht in der Sprechstunde oder am Krankenbett gehört, daß die Abmagerung nicht auf die Erkrankung, sondern nur auf die unzureichende Ernährung geschoben wurde. Des Hustens wurde über anderen Sorgen nicht geachtet. Die unzureichende Ernährung, nicht bloß in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht, hat die Empfänglichkeit für die Ansiedelung des Tuberkulosebazillus erhöht. Eiweiß- und Fettzufuhr sind imstande, gegen die Tuberkuloseausbreitung einen gewissen Schutz zu gewähren infolge Herabsetzung der Empfänglichkeit. So ist es klar, daß durch die Hungerblockade, welche gerade 1917, nach einer Mißernte bei uns im Jahre 1916, scharf einsetzte und welche die Zufuhr genügender Mengen von Eiweiß und Fett unterband — die Fettmenge sank pro Kopf und Tag für die ganze Bevölkerung auf 10 g bei einem physiologischen Mindestbedarf von 30 g —, eine Schwächung dieses natürlichen Schutzes herbeigeführt wurde. Unterstützend für den Anstieg der Tuberkulose kamen andere Momente hinzu, Mangel an Reinlichkeit infolge Fehlens der Materialien, ungenügende Beaufsichtigung der Kinder, da die Erwachsenen fast alle erwerbstätig sein mußten. Von besonders starkem „Einfluß" war die Kohlen- und Eisenindustrie für den Anstieg der Tuberkulose. Als ei[n] der Ursachen ist auch mangelnde Milchhygiene i[n]folge Verwendung der Milch von perlsüchtige[m] Vieh anzusehen.

Die Übertragung der Tuberkulose geschieht [in] der Hauptsache durch den tuberkulösen Mensch[en,] den Bazillenstreuer. Fernhaltung Tuberkulöser v[on] Tuberkulosegesunden, namentlich von Ki[n]dern, ist daher das erste Erfordernis der Bekäm[pf]ungsmaßnahmen, denn die Tuberkulose ist ei[ne] Kinderkrankheit, d. h. die Infektion erfolgt im K[in]desalter. Vor dem Kriege war bei 94 v. H. [d.] Kinder die Infektion mit Tuberkelbazillen bis zu[m] 14. Lebensjahre erfolgt; es ist jetzt anzunehm[en,] daß unter dem Einfluß der Kriegsumstände die [In]fektion noch früher geschieht. Die Bazillenstre[uer] müssen sodann sich gewöhnen, eine Lebensw[eise] zu üben, die ein Verstreuen der Tuberkelbazil[len] verhindert. Gegen diese beiden Forderungen w[ird] fortgesetzt verstoßen. Man läßt unbekümmert [an] Lungenkrankheit verdächtige Personen mit K[in]dern zusammenkommen, stellt Personal für Kin[der] ein, ohne vorher dasselbe zu untersuchen; ja sel[bst] Personen, die beruflich mit der Wartung, Pfle[ge] und Erziehung von Kindern sich beschäftigen, w[er]den angenommen, ohne daß durch entsprechen[de] Untersuchung und Beobachtung die Gefahr ein[er] Tuberkuloseinfektion ausgeschaltet wird. Da[rum ist] rücksichtslose Offenheit und Klarstellung notwe[n]dig. Die Ausübung der Kinderpflege ist Offentube[r]kulösen zu verbieten; tuberkulöse Lehrperson[en] müssen abgefunden werden. Das klingt hart, ab[er] die Rücksicht auf die Allgemeinheit ist höher [zu] stellen. Es sollte zur gesetzlichen Pflicht gema[cht] werden, daß alle Fälle offener Lungen- und Ke[hl]kopftuberkulose angezeigt werden, nicht bloß w[ie] bisher die Todesfälle. In jedem Falle von offen[er] Tuberkulose, der nicht behandelt wird, sollte [be]hördlicherseits Überweisung in Behandlung od[er] an eine Fürsorgestelle oder Heilanstalt oder in [ein] Krankenhaus erfolgen. Desinfektion muß bei W[oh]nungswechsel und nach dem Tode, auf öffentlic[he] Kosten, verlangt werden, nicht wie bisher nur na[ch] dem Tode. Ein Tuberkulosegesetz, das diese Fo[r]derungen in einzelnen Punkten aufstellt, ist in V[or]bereitung.

Gänzliche Fernhaltung Gesunder von den T[u]berkulösen läßt sich namentlich bei Kindern hä[u]fig nicht durchführen. Die Kinder müßten z. [B.] sofort nach der Geburt aus der tuberkulösen U[m]gebung herausgenommen werden, und das st[ößt] schon infolge des Einspruchs der meisten Elte[rn,] die zudem den vollen Ernst dieser Maßnahm[en] gewöhnlich nicht begreifen, auf Widerstand. [D]

en läßt sich eine Isolierung in der Wohnung zu-
st ermöglichen.

Zu verbieten ist tuberkulösen Frauen das Stillen
Kinder; Zärtlichkeitsäußerungen, Küssen, An-
en ist zu vermeiden. Für größte Sorgfalt in
ig auf Reinlichkeit ist zu sorgen, um zu ver-
n, daß mit tuberkulösem Speichel beschmutzte
er das Kind berühren. Ferner muß auf Woh-
gshygiene sorgfältig geachtet werden, die Er-
hsenen müssen belehrt und erzogen werden,
t überall hinzuspucken, sondern Speiflaschen
ebrauchen. Rohe Milch soll den Kindern nicht,
isowenig wie Butter gegeben werden, da die
ihr der Infektion mit Perlsuchtbazillen vorliegt,
n sie auch geringer ist als die der sonstigen
ktionsquellen.

Einer der wichtigsten Faktoren in der Bekämp-
der Tuberkulose, der mit verhältnismäßig ge-
en Mitteln viel erreicht, ist die Fürsorgestelle
orden und wird es auch vorläufig bleiben, da
en Bau neuer Heilstätten wegen der traurigen
schaftlichen Verhältnisse zurzeit kaum zu den-
ist. Es gilt darum als Ersatz die Fürsorge-
en, überhaupt das ganze Fürsorgewesen aus-
uen. 1917 hatten wir in Deutschland 1500
genfürsorgeanstalten, und wenn wir die Hilfs-
lten einrechnen, rund 2000. Ein Netz von Für-
estellen muß das ganze Land überziehen. Ihre
ung soll in den Händen eines Facharztes für
genkrankheiten liegen. Je nach der Inan-
chnahme sind noch mehrere Ärzte zur Unter-
ung und Beratung der Kranken, welche vom be-
elnden Arzt zugewiesen werden, tätig; außer-
eine Anzahl von Schwestern, welche in die
lien gehen und die häuslichen Verhältnisse
tellen, für bestmögliche Unterkunft und Ver-
ung der Kranken in der Wohnung und für
Hygiene der gefährdeten Umgebung sorgen.
Fürsorgestellen sollen auch dem unbemittelten
ken aller Stände jede nur denkbar mögliche
vermitteln. Es ist darum erforderlich, daß
gesamte Rüstzeug diagnostischer Hilfsmittel
tgenapparat) dort zur Verfügung steht. Die
rsuchung muß sich nicht nur auf die Kranken,
ern auch auf alle Familienmitglieder erstrek-
wiesen und bis zur Sicherstellung der Diagnose
beobachtet werden.

Hand in Hand muß die Tuberkulosefürsorge-
stelle mit der Kleinkinderfürsorgestelle arbeiten.
Denn mit wirklicher Aussicht auf Erfolg kann das
Problem der Tuberkulosebekämpfung nur dann in
Angriff genommen werden, wenn mehr als bisher
die Tuberkulosegefährdung des Kindes und ihre
Bekämpfung zum Ausgangspunkt der ganzen Be-
strebungen gemacht wird. Die Tuberkulose muß
in der Kindheit erkannt und behandelt werden. Da
sind die Tuberkulosefürsorgestellen die gegebenen
Einrichtungen, um möglichst erfogreich den Kampf
zu führen; denn ihnen sind ja die tuberkulösen Fa-
milien mit den gefährdeten Kindern bekannt. In
regelmäßigen Zwischenräumen sollen die Kinder
über Jahre hinaus beobachtet, der Behandlung
überwiesen und die Wirkung der getroffenen Maß-
nahmen kontrolliert werden. Die Beobachtung soll
auch über die spätere Zeit, wenn irgend möglich,
fortgesetzt werden; darum ist es hier auch Auf-
gabe der Schulärzte in Volksschulen und Fortbil-
dungsschulen eine ausgiebige Tätigkeit zu ent-
falten und die Überweisung der verdächtigen und
kranken Schüler an die Tuberkulosefürsorgestellen
zu veranlassen.

Zweckmäßig wird die Fürsorgestelle mit der
rkulosabteilung eines Krankenhauses verbun-
Dann können die fortgeschrittenen Fälle
h in geeigneter Weise untergebracht, behan-
und damit die schlimmsten Herde aus den
lien herausgebracht werden. Ferner können
erdächtigen auf die Beobachtungsstation über-

Behandlung findet in der Fürsorgestelle am
besten nicht statt. Dadurch würde nur Mißtrauen
und Abneigung in der Ärzteschaft entstehen, wäh-
rend doch gerade die bereitwillige Mitarbeit aller
Ärzte zu segensreichem Wirken in der Fürsorge-
stelle notwendig ist. Die Fürsorgestelle soll sich
Diagnostik und Beratung angelegen sein lassen und
die Verbindung mit den Ärzten aufnehmen zwecks
Überweisung in Behandlung, in Heilstätten und
Krankenhäuser; sie soll Arbeitsvermittlung, Be-
rufsberatung, Umschulung in andere zweckmäßi-
gere Berufe übernehmen. Ein Zusammenarbeiten
mit den Heilstätten ist dabei notwendig, auch bei
der Entlassung aus diesen, damit die weitere
Beobachtung und Beratung gewährleistet wird.

In Preußen ist seit zwei Jahren eine Bewegung
im Gange, Fürsorgestellen in jedem Kreise einzu-
richten und einem Kreisfürsorgeamt die Tuberku-
lose-, Säuglings-, Krebskranken-, Kleinkinder-, Alko-
holfürsorge zu unterstellen. Die Tuberkulosefürsorge
bildet den Grundstock, an welchen sich die anderen
anschließen. Hand in Hand muß die Kriegsfürsorge
mit diesem Kreisfürsorgeamt arbeiten, damit die
entlassenen Heeresangehörigen dahin überwiesen
werden.

Neue von Harms gemachte Vorschläge zur
Abhilfe des Tuberkuloseelends der Bevölkerung
weisen auf die Gründung von Volksheilstätten hin,




welche Lungenkranke mit allen Stadien der Erkrankung aufnehmen, genau wie in Privatsanatorien, welche Kranke in jedem Stadium, und zwar so lange sie es wünschen, aufnehmen. Bisher ist es so, daß die Leichtkranken nach der Kur von einigen Monaten Dauer wieder in die alten Verhältnisse zurückgehen, wo sie den früheren Schädigungen ausgesetzt sind; sie erkranken dort von neuem, kommen wieder zur Kur usw., bis sie schließlich reif zur Invalidisierung sind. Sie müssen dagegen in der Anstalt bleiben und in dem zur Anstalt gehörenden genügend ausgedehnten Garten- und Landwirtschaftsbetriebe beschäftigt werden, bis die etwaige Heilung vollendet ist. Andernfalls treibt man die Ärmsten wieder in die Familie zurück, wo sie weiter die Ausgangspunkte neuer Infektionen bilden. Auch ihre Arbeitskraft kann in den neuen Volksheilstätten mit Garten- und Landwirtschaftsbetrieb, und sei es in bescheidenstem Maße, noch zur Schaffung von Werten herangezogen werden. Das Anlagekapital dieser Volkssanatorien wird sich in der steigenden Volkskraft und in dem sich dadurch verbessernden Volksvermögen reichlich verzinsen. Ein Bedürfnis nach solchen Heimstätten für Lungenkranke liegt vor. Das beweist die Überfüllung der Privatsanatorien, wo eben alles darauf zugeschnitten ist, die Leichtkranken solange zu behandeln, als sie es wünschen, und Schwerkranken das traurige Bewußtsein ihrer Lage durch Behaglichkeit und Luft und Licht zu lindern; ja selbst bei ihnen noch den Hoffnungsfunken anzufachen angesichts des Beispieles der Gesundgewordenen, das sie dort täglich vor Augen haben. Zurzeit wird allerdings infolge der ungünstigen wirtschaftlichen Lage unseres Vaterlandes der Ausführung dieses Gedankens nicht nähergetreten werden können. Selbst die Mittel für die Fürsorgestellen müssen durch private Aufwendungen, auf dem Wege der Liebestätigkeit, aufgebracht werden. Die Forderung nach Volksheilstätten bleibt aber bestehen, zumal die vorhandenen 169 deutschen Lungenheilstätten, 63 Genesungsheime, 166 Kinderheilstätten, 133 Erholungsstätten und 17 Waldschulen in keiner Weise dem Bedürfnis der nächsten Jahrzehnte genügen.

Bei der Neueinrichtung von Tuberkulosekrankenhäusern sind folgende Forderungen aufzustellen: Jedem Tuberkulosekrankenhause muß, außer der notwendigen Beobachtungsstation, eine Abteilung für Kinder und eine solche für tuberkulöse Schwangere angegliedert werden. In der Beziehung ist in Deutschland noch so gut wie nichts geschehen. Nur Charlottenburg hat in Sommerfeld eine Heilstätte mit Kinderabteilung. Andere Länder sind uns da weit voraus; vor allem Schweden, das großem Maßstabe auch für solche Kinder sorgt, aus tuberkulösen Familien stammen, selbst a noch gesund sind. Die Landesversicherungs-A stalt der Hansastädte und die Landesversicherun Anstalt Cöln sind dem Beipiele gefolgt und hab Heime für gefährdete Kinder, deren Eltern Tuberkulose krank oder gestorben sind, eingeri tet. Die Kinder erhalten Schulunterricht und b ben dort bis zum Übertritt ins Erwerbsleben. ist sehr zu wünschen, daß viele ähnliche Heime gründet werden. Das Anlagekapital wird s tausendfältig verzinsen in der Arbeit und Vo kraft gesund erhaltener Staatsbürger.

Besondere Beachtung verdient der Vorsch der Errichtung von Anstalten für chirurgis Tuberkulose, für welche die Anstalt Hohenlyc vorbildlich ist, wo mit Sonnenbäderbehandl Glänzendes erzielt wurde. Die Wirkung der Ho täler ist zum Heilerfolg nicht nötig, das ist dort wiesen worden. Sehr geeignet werden solche stalten an den deutschen Küsten errichtet; re zeitige Sicherstellung von Plätzen ist darum wünscht und geboten.

Für diejenigen, welche nicht einer Heilst überwiesen werden können, werden Tuberkul ambulatorien mit gleichzeitiger Lichtbehandlun Vorschlag gebracht. Solche Einrichtungen be hen bereits in Berlin und in Danzig und sind we im Entstehen begriffen. Jedenfalls ist diesen Am latorien eine große Zukunft sicher, da sie mit v hältnismäßig geringen Einrichtungskosten viel reichen können.

Die eigentliche Behandlung der Tuberkulose alle Methoden in Anwendung zu bringen, die wissenschaftliche Forschung als zweckmäßig kannt hat. Dahin gehören spezifische Behandl Strahlenbehandlung, Heilstättenbehandlung. Wohnungsverhältnisse sind zu bessern durch G dung von Pflichtbaugenossenschaften. Bau Einzelhäusern an Stelle der zu beseitigenden M kasernen; Anlagen von Kleinsiedlungen; der von Gartenstädten ist zu erstreben und zu förd Dahin gehören auch Sommerfrischen, Lauben- Kleingärten. Größerer Wert ist auf Freiluftsp und sportliche Betätigung zu legen; dazu sind W sen und Rasenflächen zu Spielplätzen zu ü lassen. Eine Besserung der Ernährung, deren V schlechterung während des Krieges als die Ha ursache der Tuberkulosezunahme anzusehen muß in Zukunft unbedingt erreicht werden. geschieht in erster Linie durch fleißige Ar Nur durch Arbeit erhöhen wir unsere Kaufk



Lebensmittel in ausreichendem Maße aus dem ;lande hereinzubekommen, nur fleißige Arbeit mag unsere heimische Nahrungsmittelerzeugung vergrößern.

Der Kampf gegen die Tuberkulose muß mit allen Kräften und Mitteln geführt werden. Wissenschaftliche Forschung und Erkenntnis und soziales Pflichtgefühl müssen nach einheitlichem Plane dabei vorgehen. Sie sind dann unwiderstehliche Waffen.

: Pflege der Kranken, im besonderen der Geisteskranken und Aussätzigen im Landeshospital Haina zu Ende des 16. Jahrhunderts.

Von Dr. **Alfred Martin** in Bad-Nauheim.

1527 trieb Landgraf Philipp der Großmütige von sen die Zisterziensermönche aus ihrem Kloster 1a und setzte Heintzen von Leuther (Lüdder) Verwalter desselben ein, mit dem Befehl, aus Landgrafen Lande arme, gebrechliche und notende Mannspersonen, wo er die nur zu bemen wüßte, in das Kloster zu nehmen und zu sorgen, was auch geschah. Die Klöster Marxsen, Hoheim und Grunau folgten, und über diese ehemaligen Klöster verordnete der Landgraf, arme Leute aus seinen Landen umsonst aufgemen werden und nicht allein die bloße Herge, sondern auch zu gebührlicher Zeit ihre digt, auch in ihres Leibs Gebrechlichkeit von erenen und sonderlich dazu bestellten Ärzten geliche Hilfe der Medizin haben können. Und dies sollen sie darin täglich mit ordentlicher r Mahlzeit, unstrafbarem guten Getränk, auch gewisser Zeit im Jahr mit Schuhen, Hemden, ürftigen Kleidern, warmen Stuben, reinen Betund allerlei gebührlicher und notdürftiger Pflege ehen werden. Diese Ordnung wurde für Haina erlassen, wie der Landgraf im Hospital in enen Buchstaben auf einem gewaltigen Stein nerken ließ. Sie wurde am 26. August 1533 mals bestätigt.

n ganzen verpflegte man 1500 Kranke, die ner in Haina und Gronau, die Frauen in Marxen und Hoheim.

'on den Mönchen blieben einige im Hospital, nn Hundtstorff wurde Bursarius, Conradus k Pfarrer, daneben versah er das Weinschenund Kleideramt, Nicolaus N. nahm man, nacher Pfarrer zu Loelbach gewesen war, im : „für einen Bruder" ins Hospital, und Johann ichenbach hat neben anderm dem Hospital e Zeit mit großem Nutzen und wohl vorgestandieweil er ein guter Medikus war, hat er all Vermögen an den Armen und gebrechlichen lern zu Haina zugebracht und ihnen bis in : Gruben treulich gedient.

Im Jahr 1588, als Johannes L e z n e r seine „kurze Beschreibung des Klosters Haina in Hessen" (abgedruckt in Johann Philipp K u c h e n b e c k e r s Analecta hassiaca, Collectio IV, Marburg 1730) herausgab, waren die Insassen des Hainaer Hospitals wie folgt untergebracht und verpflegt:

„Die vielbemelten Armen gebrechlichen Leut zu Heina, hat man auß sonderlichem bedencken, auch nach erfürderung der Notdurfft,, in sechs vnterscheidtliche Stuben getheilet.

In der ersten Stuben, die grosse oder Bruder-Stube genandt, darin sitzen eitel Manspersonen, so noch gehen vnd wandern, vnd zimlich allerley arbeit thun vnd verrichten können, deren setzen sich vier zu einer Schüsseln, wann die Malzeit gehalten wirdt, sie haben ihre sonderliche Tischdiener vnd Auffwarters, vnd lassen sich vber der Malzeit, ein Capittel auß der Bibel lesen.

In der andern Stuben, sitzen alte vnuermügende Leut, die Blinden, vnd die so mit der hinfallenden Seuche beladen sind, vnd wird daselbst einem jeglichen, durch die dazu bestellte Auffwarters, ein Becken auffs mahl vorgesetzt, vnd weil sie Essen, wird ihnen ein Capitel aus der Bibel gelesen.

In der dritten Stuben, werden die so lagerhaftig vnd kranck sein, durch zwey dazu verordnete Auffwarters gespeiset, vnd daher wirdt diese Stuben die Krancken-Stube genandt.

In der vierdten Stube, das Gewelb genandt, darin l i e g e n e t z l i c h e W a h n v n d M o n s ü c h t i g e L e u t a n g e s c h l a g e n, Item etzliche Stumme, Taube vnd fast (= sehr) vngeschickte elende arme Menschen, auff welche sonderliche Menner verordenet sein, so ihrer pflegen.

In der fünfften Stube, i n w e l c h e r a c h t z e h e n g e w a l t i g e s t a r c k e K i s t e n, v n t e r w e l c h e n e i n e B a c h d u r c h s t r e i c h e t, s o a l l e n w u s t u n d U n f l à t w e g n i m p t v n d a u ß f ü r e t, v n d s i n d d r e y E i s e r n O f f e n g e g e n d e n s e l b i g e n n a c h e i n a n d e r g e s e t z t, d a u o n d i e a r m e n



Rasenden Leut, so in solchen Kasten verschlossen liegen, ihre Wermnis haben können, vnd sindt etzliche dahin verordenet, die auff sie zu Tage vnd Nacht sehn, vnd ihrer nach aller notturfft pflegen müssen.

Vber diese fünff Stuben, ist ein Waschhaus, vnd darin acht Weiber verordnet, die müssen teglich den Armen Leuten, so in diesen Stuben sitzen, ire Hembder, Kleider, vnd Bettgewandt, fein sauber und reinlich halten.

Die sechste Stube, ist im Leprosenhaus, darin 18. Aussetzige Manspersonen, werden sonderlich gespeiset, haben ihren sonderlichen eigenen abgesonderten Ort in der Kirchen, auch dahin iren sonderlichen Gang. Dabey ist ein Waschhaus, und darin drey Weiber verordenet, so den Leprosen ihre Kleider reinigen vnd waschen müssen."

Es handelt sich in Haina um eine Verpflegungsanstalt für Gebrechliche und chronisch Kranke, zu denen auch die Aussätzigen zählen. Damit ist hier — und es ist die einzige mir bekannte Stelle — mit dem alten Brauche gebrochen, die Aussätzigen auf Grund des mosaischen Gesetzes von der Gemeinschaft der Menschen auszusondern und sie abseits von jeder menschlichen Gesellschaft außerhalb bewohnter Orte in abgeschlossenen Aussätzigenhäusern wohnen, auch ihren Lebensunterhalt durch sie selbst oder durch ihren Boten erbetteln zu lassen.

Daß die Leichtkranken der Bruderstube — die Insassen waren wohl die oben erwähnten Brüder — zu vieren aus einer Schüssel aßen, war Landessitte und kommt heute noch im Erzgebirge vor. Von den Hilflosen, aber noch Gehfähigen der zwei ten Stube erhielt jeder seine Schüssel, zu ihne zählten die mit der hinfallenden Seuche Beladener die Epileptiker. Die Krankenstube beherbergte di Bettlägerigen. Wahnsüchtige und Mondsüchtig lagen im Gewölbe angeschlagen, d. h. angekettet Es waren die sauberen unruhigen Geisteskranken denen man etliche Taube, Stumme und besonder Hilflose zugesellte. Die fünfte Stube barg die un sauberen unruhigen Geisteskranken in 18 große verschlossenen Kisten, aus denen der Unflat in de darunter durchstreichenden Bach floß. Das Be tonen vom Vorhandensein dreier eisernen Öfe zum Erwärmen der Kranken, läßt darauf schließe daß sie nackt in den Kisten lagen.

Derartige besondere Einrichtungen für Geiste kranke scheinen im 16. Jahrhundert aufgekomme zu sein. Im Spital zu Eßlingen waren für sie einig „wohl geordnete und gebaute" Gemächer bestimm die den Zeitgenossen beachtenswert schienen, de am 14. Juli 1544 bat die Stadt Pforzheim in eine Briefe die Eßlinger, jene Gemächer durch Abg sandte untersuchen zu dürfen, weil sie selbst ein bauen wolle. Eßlingen hatte schon 1520 für se Spital bestimmt, alle Armen, welche das Almos nicht selbst einsammeln, Taube, Unsinnige, mit de fallenden Sucht Behaftete und kranke Fremde au zunehmen. (Karl Pfaff, Geschichte der Reichssta Eßlingen, Eßlingen am Neckar 1840.) Haina übe traf es, allerdings später, indem es auch no Leichtarbeitsfähige aufnahm, die in der Lage g wesen wären, das Almosen einzusammeln.

Weiteres zu § 51 Reichsstrafgesetzbuch.

Von **J. Bresler.**

Im Anschluß an meine gleichbetitelten Ausführungen in Nr. 13/14 dieser Wochenschrift Jahrgang XXI und die darauf bezüglichen Erörterungen Heinickes in Nr. 29/30 möchte ich noch folgendes bemerken und zur Erwägung stellen.

1. Der § 81 StPO. ist nicht im Privatklageverfahren verwendbar; es handelt sich hierbei regelmäßig um Straftaten von untergeordneter Bedeutung, bei denen der Staatsanwalt ein öffentliches Interesse nicht für vorhanden erachtet hat und für welche geringe, in keinem Verhälnis zur Schwere der Maßregel des § 81 der StPO. stehende Strafen zu erwarten sind. Urteil des Landgerichts Karlsruhe, diese Wochenschr. VII S. 3.

2. § 6 des BGB. lautet: Entmündigt kan werden . . . .

3. § 1568 des BGB.: Ein Ehegatte kann Scheidung klagen . . . .

4. § 1910 des BGB. Abs. 2: . . . . so kann für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalt

Und so gibt es noch viele Gesetzesparagrap auf dem uns interessierenden Gebiet und natürl auch auf vielen anderen, wo nicht ein Müsse sondern ein Können (im Sinne einer Möglichk oder Zulässigkeit) vorgesehen ist. (Können w im BGB. übrigens auch im Sinne des Dürfens bz Nichtkönnen im Sinne des Nichtdürfens, so § 19 gebraucht.)

Es wäre einer Erörterung wert, warum der 51 StGB. nicht lauten könnte: „Eine straffreie landlung k a n n vorhanden sein . . . .", — wenn s eine Bestimmung gäbe, daß Voraussetzung ist, aß der Angeklagte der zufolge § 51 geschehenden reisprechung widersprechen darf.

5. Mit Hübner (Lehrbuch der forensischen Psychiatrie 1914 S. 140) erscheint es auch mir zweifelhaft, ob alle wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochenen in einer Irrenanstalt richtig untergebracht sind.

Aus der kriegspsychiatrischen forensischen Praxis.

Von Professor Dr. **Alexander Pilcz,** Wien.

Analog dem § 83 D. StPO. und § 126 Ö. StPO. war auch in der österr. Militärstrafprozeßordung eine Überprüfung von Sachverständigen-Gutchten durch eine medizinische Oberbehörde vorgesehen, durch das sogenannte ehemalige „K. u. k. Militärsanitätskomitee in Wien".

Als psychiatrischer Referent dieser Institution ar ich während des Krieges einberufen. Unter en zahlreichen zur Begutachtung überwiesenen ällen erschienen mir einige, sei es aus klinischen, i es aus forensischen Gründen, nicht unintersant, über welche nun, als Einzelkasuistik, Mitlung gestattet sei.

Gehorsamsverweigerung aus religiösen Motiven. Überwertige Idee. — Forensische Beurteilung.

1. Ergebnis aus den Akten.

Der 1876 geborene J. L. bietet belanglose Eigen- und emdanamnese, genießt guten Leumund, war auch beim ilitär gelegentlich seiner Friedensdienstzeit (1895) cht bestraft.

Infolge mehrfacher schwerer Schicksalsschläge, die in einen „Zustand von Verzweiflung" versetzt tten, schloß er sich mit Begeisterung der Sekte der azarener" an, zu der er 1910 übertrat (bisher evanlischer Konfession gewesen). J. L. ist Totalabstinent.

Wegen eines Leistenbruches nur hilfsdiensttauglich, rsah er, zu Kriegsbeginn einberufen, zur vollkomnen Zufriedenheit seinen Dienst, galt als „Muster" n Pflichttreue, Gehorsam und Sittlichkeit.

Als am 23. November 1916 anläßlich des Thronchsels die Truppen neuerdings vereidigt wurden, (den sten Fahneneid hatte J. L. ja noch als Protestant nerzeit abgelegt), trat er aus den Reihen und erklärte ter Berufung auf seine Religion, die Eidesleistung verigern zu müssen. Er beharrte dabei auch nach einglicher Belehrung über die Folgen dieser seiner ndlungsweise; vor den Kommandanten gerufen, erhien er blaß, zitterte am ganzen Körper, beteuerte, ß er jeden Befehl ausführen wolle, allein den Eidswur werde er nie nachsprechen. Kameraden, welche n seinem Nazarenertum Kenntnis hatten, erzählten, ß sie ihm schon die Tage vorher den Rat erteilt tten, er solle den Eid „markieren", daß J. L. aber dies energisch ablehnte; dies wäre ein Betrug, seine Pflicht sei es vielmehr, zu melden, daß er getreu seiner Religion einen Eid nicht ablegen dürfe.

Inkulpat wurde zur Konstatierung seines Geisteszustandes in das Res. Spital zu M. gebracht. Er war während der dortigen Beobachtung dauernd ruhig, völlig geordnet, unauffällig. Bei Erörterung religiöser Fragen veränderte sich sein ganzes Wesen; er nahm steife Haltung an, visionär-ekstatischen Blick. Zitiert Bibelstellen, das Gesetz Gottes müsse eher befolgt werden, als das des Staates, er wolle den Märtyrertod erleiden. Genaueres Eingehen ergibt, wie es in dem Gutachten heißt, daß die Bibelzitate oft wenig oder gar nicht richtig erfaßt werden. Körperlicher Befund belanglos. Das Gutachten lautet dahin, daß Angeklagter ein geistig leicht beschränktes Individuum sei mit bestimmten überwertigen Ideenkomplexen, aber nicht geisteskrank.

Ein seitens des Gerichtes abverlangtes Ergänzungsgutachten besagte, daß Inkulpat in Hinsicht auf seine krankhaft überwertige Idee unfähig der freien Willensbestimmung sei. Sobald dieser Ideenkomplex berührt werde, sei J. L. außerstande, situationsgemäß zu handeln. Die Zusatzfrage, ob er ungeachtet seiner überwertigen Idee die Einsicht besaß, daß er erhaltenen Befehlen Folge leisten müsse, verneinen die Sachverständigen.

Das Gericht beschloß nun Einholung eines Gutachtens des Militärsanitätskomitees, das sich speziell darüber aussprechen sollte, ob Beschuldigter, ungeachtet seiner überwertigen religiösen Idee nicht dennoch tempore criminis die Einsicht dahin, daß er erhaltenen Befehlen Folge leisten müsse, und in dieser Hinsicht die Fähigkeit der freien Willensbestimmung besessen habe.

2. Gutachten.

Der Fall liegt von klinisch-diagnostischem Standpunkte aus nach der Aktenlage so eindeutig, daß eine neuerliche persönliche Exploration des Beschuldigten dem Militärsanitätskomitee nicht erforderlich erschien, sondern hier lediglich auf die forensische Wertung eingegangen werden soll.

Der Angeschuldigte ist nicht mit einer Geisteskrankheit im engeren Sinne behaftet, und auch der im Vorgutachten erwähnte ganz minimale Grad leichter Beschränktheit kommt forensisch nicht



weiter in Betracht. Es handelt sich bei ihm um überwertige Ideen. Zum näheren Verständnisse ist es zweckdienlich, hier auszuführen, was Wernicke, der Schöpfer des Begriffes der „überwertigen Ideen", diesbezüglich sagt (Lehrb. d. Psych. II. Aufl. S. 141 ff.). Zunächst grenzt Wernicke die überwertigen Ideen ab von den autochthonen und den Zwangsvorstellungen: bei ersteren fehlt das Fremdheitsgefühl, „im Gegenteil, die Kranken erblicken darin den Ausdruck ihres eigensten Wesens und führen in dem Kampfe für sie recht eigentlich einen Kampf um die eigene Persönlichkeit". Des weiteren wird die intensive Affektbetonung der überwertigen Ideen beleuchtet. Wichtig ist der Satz, daß es überwertige Ideen gibt, „die durchaus der Norm angehören, die Handlungsweise des Individuums aber trotzdem so bestimmen können, daß sie ein krankhaftes Gepräge erhält". Kraepelin sagt ähnlich (Lehrb. d. Psych. VIII. Aufl. Bd. 1 S. 310), daß diese Ideen „wegen ihres Gefühlstones einen dauernden, bestimmenden Einfluß auf Denken und Handeln gewinnen können".

Alle die bekannten klinischen Kriterien treffen im Falle des Beklagten zu. Von der intensiven affektiven Betonung geben Zeugnis sein Verhalten beim Rapporte und den Ärzten gegenüber, so oft die Rede auf eben jene Vorstellungskomplexe kommt. Inwieweit diese sein Denken und Handeln bestimmen, dafür gibt gerade das angeschuldigte Delikt selbst das beste Beispiel, wobei noch erinnert sei, wie er es den Kameraden gegenüber ablehnt, durch ein Komödienspiel eine Art Kompromiß zu schließen zwischen seiner inneren Überzeugung und dem Zwange der Sachlage. Daß er sich dessen bewußt war, als Soldat verpflichtet zu sein, den befohlenen Eid zu leisten, darüber gibt es keinen Zweifel, und gerade diese Einsicht, in Verbindung mit dem von den Vorbegutachtern ausdrücklich betonten Fehlen einer Geistesstörung s. str., ist offenbar jener Punkt, welcher der forensischen Wertung Schwierigkeiten bereitete.

Hätte der § 3 des Ö. StG.-Entwurfes bereits Gesetzeskraft erlangt, läge der Fall bzw. dessen Subsumtion sehr einfach: „Nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Tat .... nicht die Fähigkeit besaß, ... seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen." Der Wortlaut der gegenwärtig zu Recht bestehenden gesetzlichen Bestimmungen enthält nur Wertungen von rein intellektualistischem Standpunkte. „.... des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ....", „.... seiner Handlungen nicht bewußt ....".

Wenn die konkret gestellte Frage beantwortet werden soll, ob Inkulpat, ungeachtet seiner überwertigen religiösen Idee, nicht dennoch t. c[r.] die Einsicht dahin, daß er erhaltenen Befehlen Folg[e] leisten müsse, und in dieser Richtung die Fähigkei[t] der freien Willensbestimmung besessen habe: s[o] kann die Antwort nur dahin lauten, daß er ver[-] möge seiner krankhaft überwertigen Ideen un[-] geachtet der erhaltenen Einsicht, daß er er[-] teilten Befehlen Folge leisten müsse, nicht di[e] Fähigkeit besaß, seinen Willen t. cr. in die[-] ser Richtung frei zu bestimmen.

Die überwertigen Ideen bestehen bei dem A[n-] geklagten dauernd, sie treten aber für sein Denke[n] und Handeln bestimmend nur dann und so oft i[n] Erscheinung, als ein Punkt dieses überwertige[n] Ideenkomplexes berührt wird. Dann ist ein situa[-] tionsgemäßes, den Folgen Rechnung tragende[s] Handeln, bzw. die Möglichkeit eine[r] Wahl der zu unternehmenden Schritte ausge[-] schlossen; insofern einzig und allein im Sinn[e] jener konkreten überwertigen Ideen gehande[lt] werden kann, ist die Fähigkeit der freien Willens[-] bestimmung im juridischen Sinne aufgehoben.

Wien, den 30. März 1917.

Ich habe diesen einen typischen Fall unter meh[-] reren ähnlichen darum mitgeteilt, weil es mi[r] scheint, daß der Begriff der überwertigen Idee[n,] der klinisch doch so eindeutig und allgemein an[-] erkannt ist, gerade in foro criminali vielleicht nich[t] überall genügend in Erwägung gezogen wird. Di[e] ganz ausgezeichnete Studie z. B., welche Loe[-] in dieser Zeitschrift (1918/1919, Nr. 29, ff.) im An[-] schlusse an einen analogen Fall publizierte, un[d] welche u. a. auch die einschlägige Literatur sorg[-] fältigst berücksichtigt, nimmt auf die Wernicke[-] sche Lehre keinen Bedacht.

II. Insubordination. — Gewalttätigkeit. — Versatil[e] Form der Imbezillität. — Meinungsverschiedenhe[it] der Sachverständigen.

1. Ergebnis aus den Akten.

A. T. ist erblich schwer belastet, beide Eltern ge[i-] steskrank, Bruder epileptisch, Schwester schwachsinn[ig.] Inkulpat selbst laut Erhebungen in seinem Heimat[-] dorf als schwachsinnig bekannt, bildete das Gespött d[er] Kinder, die ihm nachliefen und ihn hänselten, was st[ets] maßlose Wutanfälle bei ihm auslöste; er ist Analphab[et,] oft vorbestraft wegen Vagabundage, Bettelei und Die[b-] stahls. (Inkulpat selbst gab bei einem Verhöre 40 Vo[r-] strafen an, während das Strafkartenregister deren we[ni-] ger verzeichnet; bei der Hauptverhandlung nannte [er] auch die §§ 312 und 460 ÖStG.)

1907 assentiert, wurde A. T. alsbald auf Grund ein[es] Gutachtens des Garnisonsspitals L. wegen Geiste[s-] schwäche ausgeschieden, ebeno bei der neuerlich[en] Assentierung 1914. Nichtsdestoweniger erhielt er 19[1]

ıen Einberufungsbefehl, kam demselben nicht nach, urde in gerichtliche Untersuchung gezogen, das Verhren jedoch wegen gerichtlich erhobenen Schwachınes hohen Grades eingestellt. Das betreffende Gutchten wurde wieder vom Garnisonspitale L. erstattet; s dem körperlichen Befunde sei Mikrozephalie hervorhoben, in psychischer Hinsicht liege euphorisch-sorg-e Geschwätzigkeit vor, tiefstehende Intelligenz.

Am 4. Juli 1917 wurde A. T., ungeachtet der Vorten, wieder einberufen und bei der Truppe eingeteilt. gerief bald in den Ruf eines renitenten Simulanten, r unter Betonung seiner Geistesschwäche vom Militär h losschrauben wollte; wiederholt bestraft, querulierte ständig über zu schmale Kost. Am 30. Juli 1917 prozierte er auf dem Wege zum Exerzierplatz einen ɔben Exzeß, ließ sich zunächst beruhigen, benahm sich er dann auf dem Exerzierplatze sehr renitent, ımpfte, warf sein Gewehr zu Boden, schlug sich selbst t den Fäusten wütend auf den Kopf. Bei der Arretieıg bat er um Brot, nach dessen Erhalt er wieder ıig wurde.

Während der Untersuchungshaft benahm er sich so, ; ihn seine Zellengenossen für „närrisch" erklärten; ɛam er reichlich Brot geschenkt, tanzte er im Zimmer iher, erhielt er zu wenig, bekam er Wutanfälle. Seine rgesetzten bezeichnen ihn als renitenten Simulanten.

Beim ersten Protokolle und ebenso bei den folgenden rnehmungen war A. T. stets ohne weiteres geständig, tivierte seine Delikte damit, daß er zu wenig zu essen käme; darum wolle er auch nicht dienen, denn er ıche nicht zu dienen, da er vom Dr. N. in L. als steskrank anerkannt worden sei. Er gab auch die gangs erwähnten, später durch amtliche Erhebungen ıtätigten anamnestischen Daten, stellt Potus in Able; auch an jenem kritischen Tage sei er nicht benken gewesen.

Die Sachverständigen DDr. N. und S. zu B. bezeichen Inkulpat als moralisch verkommen, jedoch nicht wachsinnig. Seine Berufung auf seine angebliche steskrankheit zeuge sogar von einem gewissen Raf-ment; kein wirklich Geisteskranker oder -schwacher eichne sich selbst als solchen. Kleinheit des Schä-s sei in der Heimat des Inkulpaten (in Galizien) sehr fig, ebenso entspreche sein reizbar-obstinates Wesen Stammeseigentümlichkeit der dortigen Bevölkerung.

Bei der Hauptverhandlung dieselben Aussagen sei-s des Beschuldigten, wie bei den Verhören. Die einnommenen ersten Sachverständigen aus L., DDr. N. ! P., halten ihr Gutachten, lautend auf hochgradigen ıwachsinn aufrecht, ebenso die zweiten Sachverständen aus B., die DDr. N. und S.

Es wurde daher Einholung eines Militärsanitätsniteegutachtens beschlossen.

2. Ergebnis der persönlichen Exploration.

Angeklagter wurde auf der VI. Krankenabteilung Garnisonsspitales 1 in Wien neuerdings beobachtet I untersucht.

Er war äußerlich geordnet, orientiert, fügsam, ohne Wahnideen oder Sinnestäuschungen, sehr geschwätzig, läppisch-heiter, von täppischer Zutraulichkeit und Zudringlichkeit.

Fragen nach Vorgeschichte werden richtig beantwortet, einfache Kopfrechnungen prompt gelöst; er verdiene sich als Taglöhner 10 bis 12 K. täglich, das sei 50 bis 60 K. wöchentlich, da man am Samstag nicht arbeiten darf, weil es der Rabbiner verboten hat; am Sonntag wieder arbeiten auch die Christen nicht. Definiert den Unterschied zwischen Juden und Christen zunächst dahin, daß erstere große Bärte und „Pejes" hätten, dann in der Weise, daß die Juden Gebetriemen haben und täglich zu Gott beten, die Christen nur am Sonntag. Moses war ein gottesfürchtiger Jude, Jesus auch; mehr vermag Angeklagter über dieses Thema nicht zu sagen.

Angeklagter weiß, daß er auf einer Abteilung für Geisteskranke sich befinde, meint, er selbst sei ja auch verrückt. (Woher er dies wisse?) Der Regimentsarzt Dr. N. in L. hat dies gesagt und ihn „anerkannt", darum brauche er (Inkulpat) auch gar nicht mehr zu dienen, schon gar nicht, wenn man ihm nicht genug zu essen gäbe. Man möge ihn nur wieder zurück nach L. ins Spital schicken, denn dort werde er anerkannt und bekäme genug zu essen. (Worin eigentlich seine Geisteskrankheit bestehe, die anerkannt werden solle?) „Weiß ich? Der Herr Regimentsarzt hat mich anerkennt!" (Ob er vielleicht von Verstand schwach sei?) Das wisse er nicht.

Über die inkriminierten Fakten befragt, bekundet Angeschuldigter volle Erinnerung, erzählt, wie er geschimpft und sein Gewehr zu Boden geworfen habe. Dafür sei er ja ohnehin schon viele Monate eingesperrt worden (verwechselt ersichtlich Untersuchungs- mit Strafhaft); wenn man ihn weiter einsperre, könne er nichts machen; schließlich sei dies auch nicht so schlimm, da er hier genug zu essen bekäme. Seine Delikte findet er ganz selbstverständlich. Er wolle eben nicht dienen, so lange man ihm nicht genügend Brot gegeben habe, zum Dienen sei er überhaupt nicht verpflichtet, da er doch „anerkannt" worden sei; er sei überhaupt nur eingerückt, weil er gehört hatte, daß die Soldaten jetzt besser leben, als die Zivilisten. Von den Begriffen wie Fahneneid, Vaterlandsliebe, Disziplin usw. hat Beschuldigter keine Ahnung. Immer wieder kommt er darauf zurück, daß er doch als geisteskrank anerkannt worden sei.

Rechenaufgaben, wie erwähnt, richtig und prompt gelöst, erkennt die gangbaren Münzen, kennt Namen des Monarchen, sagt Gebete, die 10 Gebote auf usw. Lebhafte Mimik.

Die körperliche Untersuchung ergibt: Nanozephaler Schädel, HU. 53 cm, Stirnhöcker hervorspringend, Zeichen von Rachitis am übrigen Knochensystem nicht nachweisbar. Narbe, verschieblich, nicht empfindlich, über Scheitel, von Fall in Kindheit herrührend. Unterernährt, blaß.

3. Gutachten.

Die persönliche Exploration des Angeklagten hat in Übereinstimmung mit dem Ergebnisse der

Heimatserhebungen einen hohen Grad von Schwachsinn ergeben, und zwar der erethischen Form.

Das Militärsanitätskomitee kann nur vollinhaltlich der Ansicht der Vorbegutachter in L. zustimmen, daß ein Schwachsinn derart hohen Grades bei dem Inkulpaten vorliegt, daß nicht die Bedingungen des § 114, a. M. St. G. (Milderungsgründe, welche auf die Person des Täters Beziehung haben, „schwach an Verstand"), sondern die des § 3, a. M. St. G. („des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt", Unzurechnungsfähigkeit) erfüllt erscheinen, und es ist nunmehr nur nötig, auf das damit widersprechende Gutachten der Sachverständigen zu B. einzugehen.

Ohne hier den mißglückten, von den Ärzten zu L. ohnehin schon als unzutreffend bezeichneten Exkurs der B.er Sachverständigen auf rassenpathologisches Gebiet berühren zu wollen, möchte das Militärsanitätskomitee auf folgende drei Punkte aufmerksam machen.

Zunächst muß daran erinnert werden, daß man über den wirklichen Grad von Schwachsinn eines Individuums nicht durch dessen rein gedächtnismäßige Leistungen sich täuschen lassen darf. Die Merkfähigkeit kann bei vielen derartigen Fällen mehr minder besser vorhanden sein, und daher lernen solche Menschen allerlei und vermögen das Gelernte auch zu behalten und zu reproduzieren, ohne daß dabei von einem Verstehen auch nur die geringste Rede zu sein braucht.

Zweitens wird der tatsächliche Grad der vorliegenden Imbezillität auch durch die Art und Weise, sich zu geben, für eine nicht genügend sachgemäße Beobachtung bis zu einem gewissen Grade maskiert, d. h. erscheint ceteris paribus ein torpider, stumpfer Schwachsinniger imbeziller als ein versatiler, erethischer, ein Umstand, auf welchen übrigens gleichfalls die Ärzte von L. schon hingewiesen hatten. Rasche Antworten, bewegtes Mienenspiel u. dgl. lassen einen Imbezillen leicht gescheiter erscheinen, als er dies in Wirklichkeit ist.

Wenn drittens seitens der Ärzte zu B. gesagt wird, daß kein Geistesschwacher sich selbst als solchen erklärt, und in dem Umstande, daß Inkulpat ständig seine Geisteskrankheit betont, ein besonderes Raffinement erblickt wird, so muß doch diesbezüglich ein wenig genauer zugesehen werden. Ja, haben denn die Sachverständigen zu B. niemals in den steierischen Alpen einen der sogenannten „Dorftrottel" gesehen, der behaglich grinsend sich selbst als „Dorftrottel" vorstellt, haben sie nie in einer Klinik oder Irrenanstalt Geisteskranke gesehen, welche ihre Diagnose, wie sie dieselbe gelegentlich bei Visiten aus dem Munde der Ärzte aufgeschnappt haben, einem fremden Besuche gegenüber präsentieren? Von einer wirklichen Krankheitseinsicht, einer Einsicht in das Wesen der geistigen Störung oder Schwäche ist dabei natürlich keine Rede; es handelt sich um ein einfaches Reproduzieren von Gehörtem, und sehr charakteristisch ist ja in dieser Hinsicht die Antwort des Beklagten auf die Frage, worin denn seine Verrücktheit bestehe; „Weiß ich? Der Herr Regimentarzt hat mich anerkennt!" Daß er schon seit seiner Kindheit ob seines geistigen Zustandes von den anderen Kindern verhöhnt wurde, davon machte er gelegentlich seiner früheren Abstrafungen ebenso wenig Gebrauch und Erwähnung, wie von seiner erblichen Belastung. All das erfuhr er erst im Laufe seiner militärischen Dienstzeit, und nun wird dies für ihn zum unverrückbaren Dogma, daß er wegen Geisteskrankheit anerkannt wurde. Das hat er gelernt, und ebenso, daß er aus diesem Grunde vom Militär losgekommen ist; folglich müsse er überhaupt nicht dienen, er sei ja „anerkennt". In diesem seinen beständigen Betonen der ärztlich konstatierten geistigen Störung einen Beweis besonderen Raffinements erblicken zu wollen, geht wahrlich nicht an.

Bei dieser Gelegenheit sei auch betont, daß Inkulpat keinerlei Simulationstendenz an den Tag legte, das, was er weiß, prompt und richtig beantwortete, Auskünfte erteilte, so gut ihm dies eben seine Gedächtnisfähigkeit gestattete.

Charakteristischer indessen als das, was der Imbezille spricht, ist sein Handeln, und auch in dieser Hinsicht liegt der Fall durchaus eindeutig. Das Mißverhältnis zwischen auslösender Ursache und der höchst gewalttätigen Reaktionsweise, wobei er übrigens, was gleichfalls für die erethischen Schwachsinnigen typisch ist, auch gegen sich selbst wütet (er schlägt sich mit den Fäusten auf den Kopf), die sofortige Beruhigung, als er ein Stück Brot erhält, sein Gebaren im Arreste, seine stereotypen einzigen Klagen wegen zu wenig Kost usw., all dies bestätigt nur die schon durch die Erhebungen gestellte Diagnose: Schwachsinn hohen Grades.

Das Gutachten kann daher dahin zusammengefaßt werden, daß A. T. mit angeborenem Schwachsinne in einem derartigen Grade behaftet ist, daß er für die angeschuldigten Handlungen strafrechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werden kann.

Wien, den 6. März 1918.



III. Hirnverletzung. — Affektdelikt. — Fragliche Zurechnungsfähigkeit. — Simulation.

1. Ergebnis aus den Akten.

Zur Vorgeschichte liegen keine amtlichen Erhebungen vor, lediglich die eigenen Angaben des Inkulpaten, des russischen Kriegsgefangenen A. W. Danach soll dessen Vater Epileptiker gewesen sein und einer der Brüder hysterisch. Er selbst habe 1905 ein schweres Schädeltrauma erlitten, das von dreitägiger Bewußtlosigkeit gefolgt war mit sieben Tage anhaltendem Sprachverluste und Lähmung der rechten Körperhälfte, welche acht bis neun Monate andauerte. Häufig komme es seither vor, daß er vergesse, was er eben vorher gesagt habe; namentlich nach großen Aufregungen wisse er nicht, was er spreche. Seit der Verletzung sehr reizbar. Vor acht Jahren Typhus. Seit der Verletzung sei er sehr nervös geworden, gedächtnisschwach, leide an Kopfschmerzen. Zwei Sachverständigen gegenüber, den Dr. H. und F., erzählte er auch am 22. Oktober, daß er seit der Verwundung hier und da epileptische Anfälle hätte, während er noch am 3. Oktober 1915 den Sachverständigen Dr. M. und N. für sich selbst Epilepsie negierte.

Am 22. Februar 1915 hatten mehrere russische Kriegsgefangene gelegentlich einer kleinen Unterhaltungsfeier Rosetten mit dem Bilde des Kaisers Franz Josef I. angesteckt. Beschuldigter ging auf diese Leute los, machte ihnen Vorwürfe, wie sie, als Russen, dergleichen tragen könnten, und erging sich in höchst unflätigen Äußerungen über den österreichischen Monarchen, welche er noch wiederholte, als sich mehrere seiner Kameraden schon entfernt hatten. Diese Äußerungen bildeten Gegenstand der vom Militäranwalte erhobenen Anklage.

Beschuldigter bestritt beim ersten Verhöre, die inkriminierten Worte gebraucht zu haben; er habe nur zu einem Kameraden gesagt, ob sie denn russische oder österreichische Untertanen seien. Einer der Gefangenen, D., bezeichnet Inkulpat für abnorm. Bei der Hauptverhandlung berichtet W. selbst, daß er sehr nervös sei, ohne indessen nähere anamnestische Einzelheiten zu geben.

Verurteilung, wobei die Kriegsverhältnisse und heftige Gemütserregung bei Nervosität als weitgehende Milderungsgründe angesehen wurden, 28. Juni.

Am 2. Juli d. J. stellt der Arzt des Garnisonsarrestes von T., Dr. Wo., ein Zeugnis aus des Inhaltes, daß A. W. sehr blutarm sei, infolge rechtsseitiger Hemiparese und geistiger Störungen nach Hirnverletzung minder arbeitstauglich.

Der Profos schildert den A. W. als nervös, unverträglich, querulierend im Verkehre mit seinen Landsleuten, den Anordnungen gegenüber indessen stets fügsam und trätabel.

Während eines kurzen Aufenthaltes im Garnisonsspitale zu T., wohin er wegen Hämorrhoiden transferiert worden war, benahm er sich durchaus unauffällig.

Der Verteidiger beantragte aber mit Rücksicht auf das obige Zeugnis des Gefängnisarztes Wiederaufnahme des Verfahrens und Untersuchung des Geisteszustandes, zumal derselbe Arzt den Inkulpaten auch in einem späteren Zeugnis als sehr nervös bezeichnet, eine Sprachstörung findet und konstatiert, daß man mit dem Angeklagten für gewöhnlich leicht in deutscher oder tschechischer Sprache sich unterhalten könne, während, wenn er in Affekt gerate, eine Verständigung sogar mittels Dolmetschers auf Schwierigkeiten stoße.

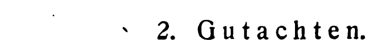
Inkulpat war nun in das Garnisonspital zu K. versetzt worden, woselbst nach etwa sechswöchiger Beobachtung die Sachverständigen DDr. M. und N. folgendes Gutachten erstatteten. In körperlicher Hinsicht konstatierten sie eine ausgedehnte Schädelnarbe, darunter Schädeldefekt, Schädel klopfempfindlich in Umgebung dieser Narbe. Deutliche, wenn auch geringgradige rechtsseitige Hemiparese. In psychischer Hinsicht Reizbarkeit und Apathie wechselnd. Bildungsgrad nicht seinem Bildungsgange entsprechend. Ausgesprochene geistige Störungen fehlen. Es handle sich um einen Zustand erhöhter Reizbarkeit, hervorgerufen einerseits durch die schwere Kopfverletzung, welcher Zustand durch die zur Zeit der begangenen Delikte fast halbjährige Gefangenschaft noch bedeutend erhöht wurde, andererseits durch Herabsetzung der Hemmungen von seiten des Gehirnes, die normalerweise unser Handeln und Denken in entsprechender Weise regulieren.

Wieder in die Strafanstalt T. zurückversetzt, wurde Angeklagter am 22. Oktober 1915 von den Sachverständigen DDr. H. und F. begutachtet. Ihnen gegenüber stellte Inkulpat die angeschuldigten Handlungen überhaupt in Abrede, er könne sich nicht darauf erinnern, übrigens hätte sein gerade im Affekte gestörtes Sprachvermögen es ihm überhaupt unmöglich gemacht, so viele beleidigende Äußerungen hervorzubringen. Er klagt über Gedächtnisschwäche, allgemeine Nervosität, Sprachstörung. Die erworbenen Kenntnisse sind auffallend dürftig, das Gedächtnis schlecht, Wortfindung erschwert. Beklagter liefert den Ärzten gegenüber die eingangs erwähnte Autoanamnese. Da er an pathologischer Reizbarkeit und sogar an Epilepsie leidet, muß angenommen werden, daß er im Momente der strafbaren Handlungen in einen pathologischen Affekt geraten ist, der dem epileptischen Äquivalente gleichzustellen ist.

Wegen der Widersprüche in den Gutachten wurde Ergänzung verlangt. Die vier Sachverständigen erklärten in einem gemeinsamen Gutachten, daß die Epilepsie zwar nicht erwiesen, jedoch glaubwürdig sei; er leide an starker Intelligenzabnahme, gesteigerter Reizbarkeit infolge der Gehirnverletzung. Bei ihm habe sich von Anfang an der Affekt gesteigert und eine pathologische Intensität angenommen. Der Verurteilte sei verantwortlich für die Äußerungen, die ihm erinnerlich sind, für die anderen, welche durch Zeugen bestätigt sind und an die er sich nicht erinnern kann, ist er unzurechungsfähig.

Es wurde nun Einholung eines Militärsanitätskomiteegutachtens beschlossen.





2. Gutachten.

Als sichergestellt darf gelten, daß Inkulpat eine Hirnverletzung erlitten hatte, als deren Residuen u. a. rechtsseitige Halbseitenerscheinungen nachweisbar sind, und, daß Angeklagter ein reizbares Individuum ist.

Was den im Gutachten behaupteten Intelligenzdefekt betrifft, so sei nur nebenbei darauf hingewiesen, daß, als bei der ersten Hauptverhandlung der Verteidiger Antrag auf Untersuchung des Geisteszustandes gestellt hatte, das Gericht diesen Antrag mit der Begründung zurückgewiesen hatte, daß die Verantwortung des Angeklagten in ihrer logischen Form und dessen bei der Verhandlung an den Tag gelegtes Denkvermögen keine Anhaltspunkte dafür bieten, daß er t. cr. unzurechungsfähig gewesen sei. Aber auch die DDr. M. und N., welche von einem dem Bildungsgange nicht entsprechenden Bildungsgrade reden, erklären an derselben Stelle, daß ausgesprochene Symptome einer geistigen Störung nicht vorhanden seien. Es muß ferner doch beachtet werden, daß Inkulpat zwei fremde Sprachen genügend beherrscht. Es muß aber bei der forensischen Beurteilung der sogenannten erworbenen Kenntnisse ganz allgemein große Vorsicht gebraucht werden, und darf die Frage nie außer acht gelassen werden, wieviel der Untersuchte denn freiwillig als Kenntnis zugeben, bzw. im Gegenteile in Abrede stellen will. Mit dieser Frage aber, d. h. der nach etwaiger Übertreibung bzw. Simulation haben sich die Vorbegutachter, so viel aus den Akten hervorgeht, überhaupt nicht weiter beschäftigt. Zur Beurteilung eines fraglichen Intelligenzgrades dienen als viel wertvollere und verläßlichere Indizien das Maß der Kritik und Urteilsbildung, für welches im vorliegenden Falle gerade das Verhalten bei und zur Verantwortung einen guten Maßstab abgibt. Auch die Verantwortung, er könnte ja wegen seiner gerade im Affekte gesteigerten Sprachstörung unmöglich so viele beleidigende Worte ausgestoßen haben, deutet auf nichts weniger denn einen hohen Grad von Schwachsinn hin. Kurz, für die Annahme eines infolge der Hirnverletzung entstandenen geistigen Defektes von einem derartigen Grade, daß dadurch die Bedingungen „des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt" erfüllt wären, kann keine Rede sein.

Soviel über den Dauerzustand. Es erübrigt nunmehr die Frage nach dem Geisteszustande tempore criminis.

Im Gutachten vom 22. Oktober wird von einem pathologischen Affekte gesprochen, der, wie es im Ergänzungsgutachten vom 13. Dezember heißt, von dem Augenblicke an begonnen habe, da der Ang klagte nicht mehr seiner Äußerungen sich en sinnen könne. Hier kann den Vorbegutachtern d Vorwurf nicht erspart bleiben, daß sie bei dies ihrer Behauptung sich lediglich auf die eigenen A gaben des Beschuldigten stützen, ohne Versuch den angegebenen Erinnerungsdefekt auf sei Echtheit hin kritisch zu mustern. Aber abgeseh von der inneren Unwahrscheinlichkeit, daß ei Sinnesverwirrung gerade in dem Augenblicke ei setzen soll, da die belastenden Worte fielen, wä rend für minder gravierende Worte noch volle E innerung besteht, mangelt jeder zwingende B weis für die Annahme eines sogenannten patho gischen Affektes. Wir vermissen jeden Hinw auf die von den Augenzeugen derartiger V kommnisse sonst so prägnant geschilderten k perlichen Begleiterscheinungen, wie protrusio b bi, stieren Blick, plötzliche Blässe oder Kon stionen. Wir vermissen Angaben über das V halten nach dem Abklingen des angeblichen p thologischen Affektes. A. W. hat niemals die derartigen Zuständen so typisch zu vernehmend Äußerungen der Bestürzung, des Erstaunens u bei Vorhalt der beschuldigten Worte gebrau nie behauptet, plötzlich zu sich gekommen zu s plötzlich nichts mehr von sich gewußt zu hab o. dgl. Er hat nie behauptet, überhaupt nichts wissen, was eigentlich vorgefallen sei; W. schränkt sich vielmehr darauf, einfach seine Äu rungen anders darzustellen, als sie von den Z gen gehört wurden, den inkriminierten Wor teils einen anderen, harmloseren Inhalt geben, t sie schlankweg negieren zu wollen. Es man ferner jeder Anhaltpunkt für eine bei dem pat logischen Affekte sonst doch so häufig retrogr Amnesie.

Es ist übrigens auch beachtenswert, wie A. erst nach und nach mit der psychiatrischen F bung bzw. Verantwortung herausrückt, wie er ersten ihn untersuchenden Ärzten gegenüber n weniger erzählt, als den späteren Begutacht Der Einfluß des Milieus, d. h. eines Aufentha auf einer psychiatrischen Station, im Sinne ei „Art Schulung", ist wohl hier, wie so oft in criminali, unverkennbar.

Zusammenfassend erstattet das Militärsanit komitee folgendes Gutachten:

1. Der Angeklagte ist ein in seinen Gehirnfu tionen durch eine Gehirnverletzung geschädi Individuum mit wohl krankhaft bedingter Reiz keit.

2. Eine dauernde geistige Störung im Sinne



Strafgesetzes läßt sich ebenso wenig erweisen, wie das Bestehen einer vorübergehenden Sinnesverwirrung, etwa eines pathologischen Affektes, tempore delicti.

3. Die Reizbarkeit kann als strafmildernder Umstand in Betracht gezogen werden.

Wien, 5. Juni 1916.

(Fortsetzung und Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Diejenigen Kollegen, die den **Fragebogen für das Referat zur Tagung in Hamburg** noch nicht beantwortet haben, werden um Beantwortung ergebenst gebeten. Die Beantwortung des Fragebogens über die Gehaltsverhältnisse ist nicht mehr notwendig, da genügend Material schon eingelaufen ist.

Bei Bearbeitung der einlaufenden Antworten ist absolute Diskretion selbstverständlich. Es wird alles vermieden werden, was einen Rückschluß auf den in Frage kommenden Anstaltsvorstand oder die in Frage kommende Anstalt gestatten könnte.

Erwünscht wäre ein Zusatz

Krankenzahl Pflegerzahl Gesamtaufwand für Pflegepersonal	1913 u. 1919

Med.-Rat Dr. Kolb, Erlangen.

— **Reichsverband.** Es ist uns folgende Mitteilung zugegangen:

„Der Hauptausschuß des Hauptvereins der Beamten und Angestellten des Provinzialverbandes von . . . . . hat sich einer Anregung des Zentralverbandes, die leitenden Stellen der Provinzialanstalten möglichst mit Verwaltungsbeamten zu besetzen, angeschlossen und sich bereit erklärt, an einer diesbezüglichen Besprechung in Berlin teilzunehmen. Über den Termin dieser Besprechung ist hier nichts bekannt. Es ist nicht bekannt, ob im Zentralverbande die Irrenärzte vertreten sind."

Bei der Wichtigkeit dieser Frage bitten wir um Zusendung allen Materials, welches in psychiatrischen Kreisen hierüber vorhanden ist. Hier ist Sicheres bisher nicht bekannt geworden.

— **Reichsverband.** Diejenigen Verbände, welche über die folgenden Punkte noch keine Nachricht gegeben haben, werden gebeten möglichst bald die notwendigen Angaben zu machen:

1. Mitgliederzahl (Namensangabe nicht nötig).
2. Namentliche Angabe der Herren des Vorstandes.
3. Genaue Anschrift desjenigen Vorstandsmitgliedes, welches den Briefwechsel führt.
4. Namhaftmachung der zum Ausschuß Gewählten.

Es wird ferner, sofern das nicht schon geschehen sein sollte, um Einsendung einiger Exemplare der Satzungen gebeten; an die Abführung des Mitgliederbeitrags an den Schatzmeister Herrn Dr. Maaß (Postscheckkonto Leipzig Nr. 58 055) wird erinnert.

— Diejenigen Herren Vorsitzenden von **Irrenhilfsvereinen,** welche die Absicht haben, an der Jahresversammlung in Hamburg teilzunehmen, werden gebeten, möglichst bald dem Vorsitzenden des sächsischen Irrenhilfsvereins, Obermedizinalrat Direktor Dr. Ackermann, Großschweidnitz bei Löbau (Volksstaat Sachsen), Nachricht zu geben, da beabsichtigt ist, Aussprachen und Beratungen über Irrenhilfsvereine herbeizuführen. Auch sonstige Herren Kollegen, die sich für Irrenhilfsvereinswesen interessieren und nach Hamburg kommen, werden gebeten, recht bald mit Obermedizinalrat Dr. Ackermann in Verbindung treten zu wollen.

Referate.

— **Die Veränderungen des Zentralnervensystems bei komatöser Malaria tropica und die serologische Stellung der Malaria.** Von Dürck, München. Deutsch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 24.

Die Kranken waren meist nach kurzem oder ganz fehlendem Prodromalstadium zusammengebrochen. Es fand sich: begrenzte, eitrige Meningitis mit starken intrazerebralen Druckerscheinungen; Gehirnoberfläche dabei oft rötlichgrau, rauchgrau bis schwarzgrau, einzelne Windungen stark abgeplattet; „Flohstichenzephalitis" (punktförmige Blutaustritte in den subkortikalen Gehirnpartien und oft bis zum Rückenmark hinunter); auch größere Blutungen, grubige Vertiefungen in der Hirnrinde und verschieden große Erweichungsherde. In Venen und Kapillaren wandständig, oft auch das ganze Lumen der Kapillaren ausfüllend, massenhaft Plasmodien, auch perivaskulär, oft im einfachen Quetschpräparat nachweisbar. Arterien sehr wenig befallen; daher fast keine Infarkte; oft aber perivaskuläre Gliazellwucherungen und dadurch Erweichungsherde. Im Kleinhirn zwischen Pia und Purkinjescher Schicht Gliazellenhäufungen, Mitoseformen und neurophage Zellen. Typisch waren umschriebene Zellknötchen, meist in der Mark- und subkortikalen Partie und am meisten im Bereich der „Flohstichenzephalitis", sie zeigen in Rosetten- oder Gänseblümchenform zum meist nekrotischen Zentrum radialgestellte, stäbchenförmige kernhaltige Zellen, und sind ähnlich den von Spielmayr bei Typhus und Fleckfieber gefundenen strauchförmigen Gliawucherungen zu deuten; sie enthalten ausschließlich Zellen gliöser Natur. In ihrem Bereich sind die Markscheiden unterbrochen, von den Achsenzylindern jedoch nur ein Teil zugrunde gegangen, ein Teil zieht unverändert durch die Knötchen durch. Letztere ähneln am meisten den von Dürk bei der in Brasilien vorkommenden Chagaskrankheit beschriebenen; auch mit den Befunden bei multipler Sklerose besteht Ähnlichkeit. B.

Buchbesprechungen.

— Herz, Hans, San.-R. Dr., Die Beziehungen der Mund- und Zahnerkrankungen zu Störungen des Magendarmkanals, des Blutes und des Stoffwechsels. 103 S. Halle a. S. 1919, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 4,— M.

Behandelt 1. Krankheiten des Mundes als Ursache von Erkrankungen der tieferen Verdauungswege, 2. Mundhöhlenaffektionen im Gefolge von Störungen der tieferen Verdauungswege, 3. Ursächliche Bedeutung von Mund- und Zahnkrankheiten für Veränderungen des Stoffwechsels und Blutes, 4. Einfluß von Stoffwechselstörungen und Veränderungen der Blutmischung auf die Beschaffenheit der Mundhöhle. Anhang: Nervöse Störungen in der Mundhöhle bei Stoffwechsel- und Blutleiden.

So zweckmäßig eine Monographie dieses Themas ist, so praktisch und geschickt ist die Ausführung, mit der sich Verf. seiner Aufgabe erledigt hat. Auch der erfahrenere Arzt wird mit Nutzen diese Schrift lesen und sie zu Rate ziehen. B.

— Preyer, W., Zur Psychologie des Schreibens. Mit besonderer Rücksicht auf individuelle Verschiedenheiten der Handschriften. 2. Aufl. Mit einer Ergänzung von Th. Preyer. 256 S. Mit mehr als 200 Schriftproben im Text nebst 14 Diagrammen, 10 Tafeln und einem in der Durchsicht verwendbaren Schriftkompaß. Leipzig 1919, Verlag Leopold Voß. 15,50 M.

In diesem Werke ist nicht nur ungemein viel Material zusammengetragen, sondern es ist auch von einem kritischen wissenschaftlichen Geist durchweht, so daß man es nicht zu den vielen populären Büchern über Schriftdeutung rechnen darf. Stoff und Aufgaben sind exakt geordnet: Wodurch unterscheiden sich Handschriften voneinander? (Kap. I). Wie kommen die Verschiedenheiten der Handschriften zustande? (Kap. II). Analyse und Synthese der Schriftzeichen (Kap. III). Die Bedeutung der individuellen Merkmale der Schrift (Kap. IV). Zur Pathologie der Schrift (Kap. V). Anhang: Die Anfänge der Graphologie bei Goethe und Lavater, und Grundlagen zur Schriftenuntersuchung und -beurteilung. Ferner: Sonderverzeichnis der wichtigsten Einzeleigenschaften und -regungen, welche sich in der Handschrift äußern. Hinsichtlich der Anwendbarke[it] des letzteren und des „Schriftenkompasses" scheint ma[n] jedoch dem wirklichen Wissen und Können auf diese[m] Gebiete vorauszueilen. Das Studium des Buches s[ei] angelegentlichst empfohlen. Es ist ein von der Wisse[n]schaft noch immer zu sehr vernachlässigtes Gebiet. B.

Therapeutisches.

— **Über das Diureticum Euphyllin.** Med. Klinik 191[.] Nr. 48.

Die bis jetzt gebräuchlichen Diuretica hatten de[n] großen Nachteil, daß sie vom Magen schlecht vertr[a]gen wurden. Den intravenösen bzw. intramuskulär[en] Anwendungen stand ihre verhältnismäßig geringe Lö[s]lichkeit entgegen. Diese Frage ist jetzt gelöst dur[ch] das den Byk-Guldenwerken gehörige Patent der leic[h]ten Löslichmachung des Theophyllins. Es gelang, dem Theophyllin-Äthylendiamin eine Verbindung he[r]zustellen, die fast 90 v. H. Theophyllin enthält und da[bei] eine Löslichkeit von 40 v. H. in Wasser besitzt. Jet[zt] war der Weg gegeben, endlich ein Diureticum zu habe[n], das nicht nur per os, sondern auch auf anderem We[ge] appliziert werden konnte. Es kommen hierfür haup[t]sächlich zwei Arten der Anwendung in Betrach[t]. Erstens die intravenöse Einverleibung, dann die rektal[e]. Gerade die letztere, in Form von Suppositorien, ha[t] zahlreiche Anhänger gefunden. Die von der Fabrik i[n] den Handel gebrachten Euphyllinsuppositorien enthalte[n] pro Zäpfchen 0,36 g Euphyllin. Sie sind mit reine[r] Kakaobutter gemacht und besitzen einen niedrige[n] Schmelzpunkt, so daß sie niemals ungeschmolzen wiede[r] abgehen. Die Verordnung des Euphyllins muß, wie al[le] Diuretica, stets nach vorherigem Digitalisgebrauch ge[]macht werden. Es ist besonders zu bemerken, daß d[ie] Euphyllinsuppositorien gerade in den zahlreichen Fälle[n] von chronischen Herzerkrankungen mit ödematösen E[r]scheinungen sich auch in jahrelangem Dauergebrauc[h] hervorragend bewährt haben. Es sei hier noch beso[n]ders auf die Autoren H. Strauß und F. Volhard hinge[]wiesen, die beide in ihren Werken Euphyllin lobend e[r]wähnen. Auch Ebstein weist in der neuesten Aufla[ge] seines Vademekums ganz besonders auf die guten Eige[n]schaften des Euphyllins hin. Für die intravenöse [...]



ktion bringt die Fabrik das Euphyllin in Ampullen on 2 ccm in den Handel, und zwar mit je 0,48 g Euphyl- l pro Ampulle. (Hersteller: Byk-Guldenwerke, Chem. abrik, A.-G., Berlin NW. 7.)

---

ie Kohlennot und die Heil- und Pflegeanstalten.

Heil- und Pflegeanstalt Ansbach (Mittelfranken).

Wir besitzen eigenes Fernheiz- und Elektrizitäts- erk. Die Belieferung mit Kohlen war sehr mangelhaft. ir sahen uns daher gezwungen, einschneidende Maß- ihmen zu treffen, um mit den geringen Vorräten aus- ikommen.

So wurden einzelne Abteilungen ganz aufgelassen id die übrigen stärker belegt, als normal vorgesehen. chlafräume wurden nur geheizt in Wachstationen und auf der Abteilung für Lungenkranke. Die sonstige Beheizung erfolgte nur in größeren Tagessälen, und zwar durch Ofenfeuerung, nachdem wir nicht mehr in der Lage waren, die ausgedehnte Niederdruckdampfheizung im Betriebe zu erhalten. Lediglich in den beiden großen Männer- und Frauenbauten mit einer Belegzahl von je 158 Pfleglingen, wurde die dortselbst eingerichtete Warmwasserheizung noch stundenweise durchgeführt. Die Außenbeleuchtung mußte gleichfalls ganz erheblich eingeschränkt werden. Es brennen des Abends, nur wenige Stunden, einige Richtungslaternen. Ebenso mußte in allen Gebäuden die Anzahl der elektrischen Glühbirnen wesentlich vermindert werden. Der Badebetrieb mußte gleichfalls erheblich verringert werden; Dauerbäder wurden nur in einzelnen Fällen gegeben, die regelmäßigen Reinigungsbäder auf das notwendigste Maß verringert. In der Waschanstalt wurde u. a. der



Verbrauch an elektrischer Kraft für die Maschinen dadurch abgeschwächt, daß der allgemeine Wäschewechsel von 14 Tagen auf 3 Wochen eingeschränkt wurde. In der Kochküche wird durch möglichste Rücksichtnahme bei Aufstellung des Speisewochenzettels die Kochdauer auf die notwendigste Zeitdauer beschränkt.

Um weitere Einsparungen bei Beheizung und Beleuchtung zu erzielen, gingen im Winter sämtliche Pfleglinge bereits um 7 Uhr abends zu Bette; aufgestanden wird früh 7 Uhr.

Wo irgend angängig, wurde in allen Gebäuden die Kohlenfeuerung möglichst eingeschränkt und durch solche mit Holz ersetzt.

Nur auf diese Weise ist es uns bis jetzt möglich g[ewesen], die Licht-, Kraft- und Dampferzeugung in u[n]seren technischen Anlagen, wenn auch mit großen En[t]sagungen, aufrechtzuerhalten.

Landes-Heil- und Pflegeanstalt Bernburg.

Unsere Schlafräume sind mit 15° C geheizt. B[is] jetzt waren Maßnahmen gegen Erkältung nicht nötig, [da] wir es immer mäßig warm gehabt haben.

Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schriftleitung resp. den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.





Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 3/4. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 3/4. 24. April **1920/21.**

Bezugspreis: M 5.— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Welchen Einfluß hatte die Kriegsernährung auf die Angehörigen der Heilanstalt Dösen?

Von Oberarzt Dr. **Liebers**, Sächs. Heilanstalt Dösen.

[I]. Allgemeine Betrachtungen über die Kriegsernährung und ihre Folgen.

[W]ährend es in den ersten beiden Kriegsjahren [...] dem erfahrenen und unbefangenen Beobach[te]r immer deutlicher wurde, daß durch die immer [ge]ringer werdenden Nahrungsmittelmengen sich [de]r allgemeine Ernährungszustand der Bevölke[ru]ng immer mehr verschlechterte, suchten eine [gr]ößere Anzahl von Autoren noch in dieser Zeit [de]n Nachweis zu führen, daß die Kriegsernährung [w]ährend der ersten beiden Kriegsjahre durchaus [no]ch nicht zu ernsteren Befürchtungen Anlaß böte. So fanden z. B. Kettner aus Charlottenburg [(D]. med. Wochenschr. 1915 S. 1428), Lommel aus [Je]na (D. med. Wochenschr. 1916 S. 351) und Heß [aus] Straßburg (D. med. Wochenschr. 1916 S. 1620) [be]i Säuglingen, Kindern und Lehrlingen keine [nen]nenswerten Unterschiede im Ernährungszu[st]ande und hinsichtlich des Körpergewichtes gegen[üb]er der Friedenszeit. Der Schularzt Thiele aus Chemnitz berichtet sogar über Zunahme von Wachstum und Körpergewicht seiner Schüler (D. med. Wochenschr. 1916 Nr. 28). Ähnliches berichten auch Engelhorn (Trüpers Zeitschr. f. Kinderforschung 1916), Dieudonné, Schlesinger (D. med. Wochenschr. 1917 S. 95), Lehfeldt (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1917) und andere. Aber schon Grießbach erhob (D. med. Wochenschr. 1917) gewichtige Bedenken gegen die Methodik mancher dieser Untersuchungen und machte auf einige Fehlerquellen dabei aufmerksam.

War man doch gar soweit gegangen, die alten bisher gültigen Ernährungssätze umzustoßen und hatte die Forderung aufgestellt, daß es notwendig sei, auf Grund der Kriegserfahrungen über die Ernährungsverhältnisse umzulernen.

In der Folgezeit brach sich dann aber trotz aller Zensurverbote immer mehr die Erkenntnis durch und fand auch in der wissenschaftlichen



Literatur immer mehr ihren Ausdruck, daß die Kriegsernährung zu einer ganz gewaltigen Schädigung der Volksgesundheit und der Volkskraft schon geführt habe und noch weiter führen würde, und daß die Folgen der Hungerblockade, die nach Grubers Schätzung uns die jährliche Zufuhr von Nahrungsmitteln im Werte von 14 Millionen Kalorien verhinderte, sich in einer gewaltigen Zunahme der Morbidität und Mortalität offenbart habe. Wird doch nach den amtlichen Mitteilungen in der Tagespresse die Zahl der dadurch ums Leben gekommenen Personen für das gesamte deutsche Reich auf weit über eine Million geschätzt und die Behauptung immer vertreten, daß täglich mindestens 800 Säuglinge und Kinder an den Folgen dieser Hungerblockade zugrunde gingen.

Der durch die Hungerblockade bedingte Ausfall an Nahrungsmitteln machte sich natürlich im ersten Kriegsjahre noch nicht erheblicher geltend, so lange es der Bevölkerung noch möglich war, sich in ausreichender Weise von den im Inlande noch vorhandenen reichlichen Lebensmitteln zu verproviantieren. Zumal im ersten Kriegsjahre suchten noch viele Personen durch Aufkaufen und Einhamstern aller möglichen noch im Handel zu habenden Lebensmittel sich für lange Zeit in bezug auf ihre Ernährungsmöglichkeit so gut wie möglich sicherzustellen. Wir sehen daher namentlich bei dem wohlhabenden Teil der Bevölkerung im ersten Kriegsjahre noch nicht viel von einem Rückgange der allgemeinen Ernährungsverhältnisse, und auch die Arbeiterbevölkerung litt in dieser Hinsicht noch wenig Not, da es ihr bei dem großen Aufschwunge der Kriegsindustrie und den früher nie geahnten hohen Löhnen ebensogut möglich war, die immer mehr steigenden Preise für alle Lebensmittel zu zahlen.

Ungünstiger gestalteten sich erst die Verhältnisse mit der Einführung der Brot- und Fleischkarten im Jahre 1915.

Schon damals begann nach Strauß sich das erste Stadium der Unterernährung anzubahnen und überall mehr oder weniger in Erscheinung zu treten, nämlich das Stadium der konstanten Gewichtsabnahme, zunächst noch ohne krankhafte Nebenerscheinungen.

Ganz bedeutend schlechter wurde das Bild aber bald nach der allgemeinen Rationierung, die wohl fast überall im Hochsommer 1916 einsetzte, fast alle wichtigeren Lebensmittel umfaßte und namentlich für die großstädtische Bevölkerung einen tiefen Sturz der allgemeinen Ernährungsverhältnisse und ein rapides Sinken des Körpergewichtes mit sich brachte, während bekanntlich die Bewohner des platten Landes, vor allen Dingen in Dörfern mit hauptsächlich bäuerlicher Bevölker infolge der den Selbstversorgern zugebilligten ßeren Nahrungsmittelmengen von diesem sta Gewichtssturz des Körpergewichtes noch wen betroffen wurde. So hatte nach F. Müller, M chen (zit. nach Neumann, Vierteljahrsschrif gerichtliche Medizin 1919), das Körpergewicht genommen:

	in der Großstadt	in der Kleinstadt	auf Lar
bei Männern:			
unter 50 Jahren	9,5	4,7	1.
über 50 Jahren	12	6,5	2.
bei Frauen:			
unter 50 Jahren	6,7	2,5	2.
über 50 Jahren	10	0,15	2.

Um diesen Rückgang des Körpergewichtes nauer zu verstehen, ist es zunächst notwendig, zu vergegenwärtigen, welche Mengen von rungsmitteln zu einer ausreichenden Ernäh notwendig sind. Ganz allgemein gelten da die Voit aufgestellten Zahlen:

118 g Eiweiß,
56 g Fett,
500 g Kohlenhydrate.

Setzt man den Brennwert für diese Nahru mittelmengen ein, der bekanntlich erhalten durch Multiplikation der Zahlen für Eiweiß Kohlehydrate mit 4,1 und der Zahl des Fettes 9,3, so ergibt das eine Kalorienmenge von 3(Kalorien pro Kopf und Tag. Dabei sind mit Arbeitsleistungen vorausgesetzt, denn bei Sch und Schwerstarbeitern kann zur Erhaltung des pergleichgewichtes die Zahl der notwendigen lorien auf 4000 bis 5000 und mehr steigen.

Die mit Einführung der allgemeinen Ratio rung zur Verteilung kommenden Nahrungsm waren nun zwar in bezug auf ihre Menge absolut gleich an allen Orten, doch zeigen sie sichtlich ihrer Kalorienzahl pro Kopf und Tag rechnet überall eine ganz enorme Verringer Sie sank z. B. im Sommer 1916 nach Loewy med. Wochenschr. 1917 Nr. 6) für Berlin auf 3 Eiweiß und insgesamt 1312 Kalorien, nach Arn (Über Ernährungsform im Krieg; Wiesbaden 1 in Wiesbaden auf 43,6 g Eiweiß und insgesamt Kalorien, nach Köhler (Die Reichskalorienka München 1916) in München auf 45 g Eiweiß und Kalorien, nach Bach und Neumann für E auf 41 g Eiweiß und 1510 Kalorien. Für den

›r 1916 berechnet Rubner die Zahl der in Ber- n gewährten Kalorien auf 1344, und am 15. Juni 917 konnten nur 30,1 g Eiweiß und 1100 Kalorien ı Anschlag gebracht werden. In Hamburg stan- en 1917 nach May etwa 1250 Kal. pro Kopf und ag zur Verfügung. Ausführliche Angaben über iese Verhältnisse ließen sich aus der interessanten rbeit von Tyßka (Arch. f. Sozialwissenschaft nd Sozialpolitik 1917 Bd. 43 H. 3) noch mehr ringen.

Auch in Leipzig waren die Kriegsjahre von sehr ngünstiger Wirkung auf den allgemeinen Ernäh- ıngszustand der Bevölkerung. Nach dem städti- :hen Verwaltungsberichte[1]) wurden vom Jahre)15 ab alle Nahrungsmittel zusehends knapper nd teurer und namentlich Fett und Fleisch immer :ltener. Ein wirklicher Notstand trat aber erst n Jahre 1916 ein, als nicht mehr ausreichend Kar- ›ffeln zur Verfügung standen, deren wöchentliche lengen bis auf drei Pfund zunächst herabsanken, ährend später im Winter 1916 und 1917 wochen- ng sogar nur ein Pfund gewährt werden konnte nd als Ersatz dafür die wenig nahrhafte Kohlrübe ısgegeben werden mußte. In diesem Winter ıußte nach Aussage des Berichtes in Leipzig ge- ıdezu von einer Hungersnot gesprochen werden, nd die Sterblichkeit sowie die allgemeine Morbi- ität schnellte gewaltig in die Höhe, ebenso trat ie früher nie beobachtete Ödemkrankheit häufig ıf.

Die im Frieden in Leipzig ca. 200 000 Liter Milch :tragende Zufuhr sank in den Jahren 1916, 1917 ıd 1918 auf 50 000, 35 000 und 30 000 Liter herab. den letzten Kriegsjahren erhielten in Leipzig bezug auf Kaloriengehalt:

nder von 0 bis 3 Monaten	680 Kal.
nder von 4 bis 12 Monaten	1060 „
nder vom 2. Jahre	1700 „
nder vom 3. bis 6. Jahre	2600 „
:rsonen über 6 Jahre	1440 „

Mit Sonderzulagen erhielten:

gendliche vom 13. bis 18. Jahre	1600 Kal.
:hwangere vom 6. Monat ab	2000 „
öchnerinnen bis 6 Wochen n. d. Entb.	1740 „
illende	2150 „
hwerarbeiter	1750 „
hwerstarbeiter	2600 „.

Aus diesen Angaben geht hervor, wie sehr : in Leipzig zur Ausgabe kommenden Nahrungs- ttelmengen in bezug auf ihren Kaloriengehalt an dem zu einer gedeihlichen Entwicklung notwendigen Maß zurückblieben, denn die durch freihändigen Kauf noch etwa zu erwerbenden Nahrungsmittel wie Gemüse usw. konnten, wie Neumann in seiner schon zitierten Arbeit für Bonn ausführt, diesen Ausfall nicht entfernt decken. Neumann berechnet den Zusatz-Nahrungswert durch im Freihandel noch käufliche Lebensmittel wie Fisch, Gemüse usw. auf Grund seiner interessanten Selbstversuche auf täglich 5,6 g Eiweiß, 0,55 g Fett und 8,5 g Kohlehydrate im Werte von zusammen 63,5 Kalorien. Nach Untersuchungen von Loewy an über 4000 Personen im April und Juni 1916 betrug die durchschnittliche Nahrungsmittelzufuhr 66,08 g Eiweiß und 2211 Kalorien gegenüber 92,9 g Eiweiß und 3642 Kalorien im Frieden. Die Herabsetzung des Nährwertes dieser Kriegsnahrung betrug also etwa 30 v. H.

Die Schwierigkeiten in bezug auf Beschaffung ausreichender Mengen von Nahrungsmitteln machten sich naturgemäß bald auch in allen Krankenanstalten sehr bemerkbar. Doch hatte man wenigstens den Krankenhäusern für körperlich Kranke noch bessere Möglichkeiten gelassen für ausreichende Verpflegung als den Irrenanstalten, welche nach einem Beschlusse des Kriegsernährungsamtes von Anfang 1917 nur soviel an Lebensmitteln zugesprochen wurde, wie an die übrige Zivilbevölkerung nach dem Rationierungssystem zur Verteilung kam. Nur für außerdem körperlich Schwerkranke waren noch einige Ausnahmen auch in den Irrenanstalten angeblich zugestanden worden. Selbstverständlich setzte nun auch in den Irrenanstalten mit dem Beginn dieser allgemein durchgeführten Rationierung aller Lebensmittel ebenso, wie wir es vorher schon bei den Zivilbewohnern sahen, der Beginn einer gewaltigen Unterernährung ein, zumal es den meisten Anstalten bei ihrem engbegrenzten Verpflegungsetat unmöglich war, die noch im freien Handel zu habenden teueren Lebensmittel in größeren Mengen zu beschaffen.

II. Die Kriegsernährung in der Anstalt Dösen.

a) Nahrungsmittelverbrauch während der Kriegsjahre.

Auch für die Heilanstalt Dösen gelten diese allgemeinen Betrachtungen. Auch hier setzte mit Beginn der Rationierung 1916 eine Steigerung aller Ernährungsschwierigkeiten ein. Auch gehören bekanntlich ja viele Geisteskranke erfahrungsgemäß zu den sog. Vielessern, die einen großen Teil von Speisen infolge krankhafter Eßgier ungekaut oder schlecht gekaut zu sich nehmen, so daß ein großer

[1]) Für diese Angaben danke ich verbindlichst den rren Medizinalrat Dr. Poetter und Stadtarzt Dr. :ngel.



Teil der Nahrung nur mangelhaft ausgenutzt den Körper wieder verläßt.

Für unsere Betrachtung kommen in erster Linie natürlich nur die Kranken und das die Anstaltskost teilende Pflegepersonal in Betracht. Die übrigen Beamten, Ärzte usw. scheiden für die Betrachtung aus, da sie meist außerhalb der Anstalt wohnen, sich selbst beköstigten und so nicht zu den Angehörigen der Anstalt im engeren Sinne der Fragestellung zu rechnen sind.

Zuerst muß nun noch einiges über die Ernährung in der Heilanstalt Dösen im Frieden vor Beginn des Krieges gesagt werden. Das Jahr 1914 scheidet für die Betrachtung als Kriegsjahr aus, da in diesem Jahre noch annähernd soviel Nahrungsmittel infolge einer zu Beginn der Mobilmachung bewirkten guten Verproviantierung zur Verfügung standen wie zu Beginn des Jahres 1914. Jedenfalls kann von einer sichtbaren Verschlechterung der Ernährungsverhältnisse und des Ernährungszustandes aller Angehörigen der Heilanstalt Dösen in der zweiten Hälfte des Jahres 1914 noch nicht gesprochen werden.

Das Jahr 1914 soll und muß insoweit herangezogen werden, als die in diesem Jahre verbrauchten Nahrungsmittel den Ausgangspunkt bilden müssen für den Verbrauch in den späteren Kriegsjahren 1915 bis 1918.

Zu diesem Zwecke wurden aus den Verwaltungsbüchern der Anstalt von sämtlichen Nahrungsmitteln, die in die auf beiliegender Tabelle I enthaltenen 31 Gruppen gebracht wurden, die Gesamtmengen jährlich festgestellt und die Summe allemal durch die Zahl der Konsumenten dividiert. Der so erhaltene Wert stellt dann jedesmal die Durchschnittsmenge des verbrauchten Nahrungsmittels für Kopf und Tag dar.

Aus der Tabelle I ist ersichtlich, um wieviel die Menge aller Nahrungsmittel im Vergleich zu der Menge im Friedensjahre 1914 in den vier Kriegsjahren 1915 bis 1918 abgenommen hat. Wir sehen bei den meisten Nahrungsmitteln eine durchgängige und teilweise recht beträchtliche Abnahme, und nur das Jahr 1918 weist gegenüber 1917 bei manchen Nahrungsmitteln eine geringe Zunahme auf. Vor allem sind von der Abnahme die wichtigsten Hauptnahrungsmittel, die für die Ernährung, die Erhaltung des Körpergleichgewichtes und Stoffwechselgleichgewichtes am meisten in Betracht kommen, stark reduziert, so vor allen Dingen Brot, Mehl, Fleisch und Wurst, Fett und Milch. Nur die Kartoffelmenge ist mit Ausnahme des Jahres 1917, wo in der ersten Hälfte, der sogenannten Rübenzeit, es überall wochen- und monatelang fast gar keine Kartoffeln gab, etwas gestiegen. Eine g ringe Zunahme weist auch der Verbrauch an Hi senfrüchten und Suppengemüsen, Bohnenmehl us auf. Weiterhin zeigen Zunahme vor allem die Me gen an frischem Gemüse und Dörrgemüse, d natürlich bei ihrem geringen Nährwerte den obe erwähnten beträchtlichen Ausfall der wichtigste Hauptnahrungsmittel nicht ersetzen konnten. V den kalorienreichen Nahrungsmitteln ist weiterh gegenüber 1914 gestiegen die Menge der vera reichten Marmelade. Die übrigen Nahrungsmitt weisen in bezug auf ihre Mengen keine so auffa lenden Unterschiede während der Kriegsjahre a daß die kleinen Verschiebungen ihrer Mengen na oben oder unten für die Gesamternährung erhebli ins Gewicht fallen können.

Die Beschaffenheit der Nahrungsmittel gab z ernsteren Klagen keinen Anlaß. Sie wurden in be zug auf ihre gesundheitliche Beschaffenheit öfte im hygienischen Institut der Universität Leipzi untersucht und immer einwandfrei befunden. Di getrockneten Kohlrüben waren nur zeitweise s stark gedörrt, daß sie nicht mehr gut aufquollen Auch zeigten sie sich einige Male etwas mit Made durchsetzt. Doch wurden durch verdorbene Nah rungsmittel hervorgerufene Erkrankungen währen der Kriegszeit nicht beobachtet.

Von großer Wichtigkeit ist es nun zunächst einmal einen Blick zu werfen auf den Kalorienwe der während der Kriegsjahre verabreichten Nah rung. Es geschah das unter Benutzung der neue sten Tabellen von Moritz: „Über verabreicht Handhabung der Kalorienwerte bei praktischen Er nährungsfragen" S. 47-55. München 1919, J. F Lehmanns Verlag.

In Tabelle II sind die Kalorienwerte für die au 31 Gruppen verteilten Nahrungsmittelmengen ein gesetzt. Die letzte Spalte der Tabelle gibt a wieviel Kalorien allemal in 100 g des betreffende einzelnen Nahrungsmittels enthalten sind.

Durch Addition ergab sich nun der Gesamtwe der in den Jahren 1914 bis 1918 pro Kopf und Ta verabreichten Kalorienmenge. Er betrug für da Jahr

1914	2599	Kalorien
1915	2058	„
1916	1772	„
1917	1874	„
1918	2247	„ .

Es sind das Zahlen, die weit hinter denen rückbleiben, die zu einer ausreichenden Ernähru nach den Gesetzen der Ernährungsphysiologie n wendig sind.

Loewy stellt in seiner neuesten Arbeit v

origen Jahre (D. med. Wochenschr. 1919 Nr. 14) olgende Werte auf, die für eine ausreichende Ernährung erforderlich sind. Er fordert für 24 Stunden und 70 kg Körpergewicht:

ür Erhaltungsumsatz	1600 Kal.
„ für Bettlägerige	2000 „
„ herumgehende Kranke	2400 „
„ Haus- und Bureauarbeiter	2800 „
„ leichte Werkstättenarbeiter	3200 „ .

Es erscheinen somit unsere gefundenen Zahlen ı den Jahren 1916 und 1917 nicht einmal die für ettlägerige Kranke notwendige Kalorienmenge zu rreichen. Doch muß bei den Loewyschen Angaben berücksichtigt werden, daß sich seine Zahlen ja auf 70 kg schwere Patienten beziehen, ein ewicht, das bei unseren Kranken in diesen Jahren ur ganz vereinzelt noch anzutreffen war. Berechnet man nach Loewy die notwendige Kalorienmenge für das Kilo Körpergewicht, so sind erforderlich bei

ettlägerigen	30 Kal.
erumgehenden Kranken	36 „
aus- und Bureauarbeitern	42 „
ichten Werkstättenarbeitern	48 „

ro Kilo in 24 Stunden.

Ein herumgehender Kranker von 50 kg Körpergewicht braucht demnach nur 36 × 50 = 1800 alorien pro Tag.

Daraus erhellt, daß es notwendig ist, auf die ewichtsverhältnisse und Gewichtsverschiebungen er Kranken während der Kriegszeit zunächst eingehen und dann Vergleiche und Beziehungen zu em Kaloriengehalte der Nahrung aufzustellen und fzusuchen.

b) Die Gewichtsbewegung der Angehörigen während der Kriegsjahre.

Zu dem Zwecke mußte zunächst das durchhnittliche Anfangsgewicht der weiblichen und ännlichen Patienten zu Beginn des Jahres 1915 rechnet werden. Da während der Kriegszeit esbezügliche Tabellen usw. nicht angelegt won waren, war es notwendig, nachträglich aus n Gewichtsbüchern das Gesamtgewicht aller rin verzeichneten weiblichen und männlichen tienten zu addieren und durch die Anzahl zu vidieren. Bei den weiblichen Patienten, es waren Beginn des Jahres 1915 nach den Gewichtschern 594 gewogen worden, betrug dieses Gemtgewicht 32 250,1 kg, mithin, durch 594 dividiert, s durchschnittliche Anfangsgewicht der Frauen Januar 1915: 55,9 kg.

Nach denselben Gesichtspunkten fand sich bei den Männern zu Beginn des Jahres 1915 ein Gesamtgewicht von 34 458,6 kg, das gibt durch die zufällig ebenfalls 594 betragende Zahl der männlichen Patienten zu Beginn 1915 dividiert: 58,34 kg.

Berechnet man nun für diese wirklichen Durchschnittsgewichte nach den Loewyschen Angaben das erforderliche Kalorienmaß, so ergibt sich als notwendig zur Erhaltung des Stoffwechselgleichgewichtes zunächst für die weiblichen Patienten:

	Kalorien
für Bettlägerige	55,9 × 30 = 1677
für herumgehende Kranke	55,9 × 36 = 2012,4
für Hausarbeitende	55,9 × 42 = 2347,8
für leichte Werkstättenarb. usw.	55,9 × 48 = 2683,2

Für die Männer ergibt sich bei ihrem Durchschnittsgewicht von 58,3 kg analog:

	Kalorien
für Bettlägerige	58,3 × 30 = 1749
für herumgehende Kranke	58,3 × 36 = 2098,8
für Haus- und Büroarbeitende	58,3 × 42 = 2448,6
für leichte Werkstättenarbeiter	58,3 × 48 = 2798,4

Setzt man die Mittelwerte der für Frauen und Männer gefundenen Werte ein, so ergibt sich: bei einem Durchschnittsgewicht der Männer und Frauen zu Beginn des Jahres 1915 von 57,1 kg waren zu einer ausreichenden Ernährung erforderlich:

	Kalorien
für bettlägerige Kranke	57,1 × 30 = 1713
für herumgehende Kranke	57,1 × 36 = 2055,6
für Haus- und Büroarbeiter	57,1 × 42 = 2398,2
für leichte Werkstättenarbeit.	57,1 × 48 = 2740,8

Die für das Jahr 1915 gefundene Gesamtzahl von 2058 Kalorien reichte demnach gerade noch für bettlägerige und herumgehende Kranke aus, langte aber schon nicht mehr zur Deckung des notwendigen Kalorienbedarfes für Hausarbeiter oder gar für leichte Werkstättenarbeiter und Feldarbeiter usw. Noch weniger ausreichend waren natürlich die noch niedrigeren Zahlen, die für die Jahre 1916 und 1917 gefunden wurden.

Es mußte daher schon von 1915 ab eine rapide Gewichtsabnahme als Folge der gewaltigen Unterernährung eintreten, die zahlenmäßig zunächst etwas näher betrachtet werden soll.

Es wurden zu diesem Zwecke aus den Gewichtsbüchern der Anstalt die vierteljährlichen Gewichtsveränderungen aller weiblichen und männlichen Kranken, die länger als drei Monate in der Anstalt verpflegt worden waren, aufgezeichnet und in die vier Rubriken der der Arbeit beigegebenen



Tabellen gebracht.[2]) Ein + bedeutet dabei Zunahme und ein — Abnahme in kg. Die Zahlen in der ersten senkrechten Reihe bezeichnen somit die Zu- oder Abnahme am 31. März gegenüber dem Gewichtsstand am 1. Januar, die der zweiten senkrechten Reihe Zu- oder Abnahme am 30. Juni, die der dritten Reihe die Gewichtsveränderung am 30. September und die der vierten Reihe Zu- resp. Abnahme am 30. Dezember. Alle senkrechten Reihen wurden dann zunächst zusammengezählt und die erhaltene Summe durch die Kopfzahl der gewogenen Patienten dividiert. So ergab sich die durchschnittliche vierteljährliche Gewichtsveränderung, und die Gewichtsveränderungen aller Vierteljahre zusammengezählt, die Gewichtsverschiebung am Ende des ganzen Jahres. Bei den Frauen sind die Namen angegeben, während bei den Männern in den Tabellen der Einfachheit halber nur die Nummer des Hauptbuches angeführt worden ist.

Aus den Tabellen geht hervor, wie verschieden sich die Größe und der Gang der Gewichtsbewegung bei den einzelnen Kranken gezeigt hat. Ein erregter manischer Kranker wird natürlich bei demselben Kostmaß schneller und mehr abnehmen, als ein gehemmter, stuporöser und ruhig im Bett liegender Kranker. Es kommt aber, wie S t r a u ß (D. med. Wochenschr. 1919 Nr. 15) ausgeführt hat, eine individuelle Verschiedenheit in der Wirkung endokriner Vorgänge in Betracht, die wie ein Blasebalg auf die gesamten Verbrennungsprozesse des menschlichen Körpers wirken, denn die Unterschiede zwischen Ruhe und Bewegung erklären ja schon beim Gesunden im Einzelfalle nicht immer die Unterschiede der Gewichtsbewegung, dasselbe Kostmaß vorausgesetzt. Daß namentlich bei vielen Psychosen, namentlich bei der großen Gruppe der Dementia praecox, endokrine Störungen vorhanden sind, die auch den ganzen Stoffwechsel und mithin die Veränderung des Körpergewichtes beeinflussen, geht ja schon aus den von A b d e r h a l d e n, F a u s e r und anderen gefundenen Abbauwirkungen des Serums dieser Kranken hervor.

Betrachten wir nun die Tabellen des einzelnen und fangen zunächst bei den Frauen im Jahre 1915 an, so ergibt sich ein fortwährendes Abnehmen des Durchschnittsgewichtes, und zwar

von Januar bis März 1915 . . . . um 1,58 kg
„ März bis Juni 1915 . . . . . um 2,34 kg
„ Juni bis September 1915 . . . um 1,62 kg
„ September bis Dezember 1915 . um 0,91 kg
also zusammen im Jahre 1915 . . . . 6,45 kg.

[2]) Der Abdruck der Tabellen unterblieb der Papierersparnis wegen.

Im Jahre 1916 gestaltete sich die Gewicht bewegung auch im Sinne einer durchgängigen Ab nahme während des ganzen Jahres, und zwar be trug dieselbe:

für das erste Jahresviertel . . 1,23 kg
„ „ zweite „ . . 2,20 kg
„ „ dritte „ . . 1,78 kg
„ „ vierte „ . . 1,22 kg
für das ganze Jahr 1916 . . . . 6,43 kg.

Für das Jahr 1917 findet sich auch bei de Frauen durchgängige Gewichtsabnahme, und zwa

für das erste Jahresviertel um 1,19 kg
„ „ zweite „ um 0,95 kg
„ „ dritte „ um 0,33 kg
„ „ vierte „ um 0,70 kg
oder im ganzen Jahre 1917 . . 3,17 kg.

Für das Jahr 1918 ergab sich folgendes:

im ersten Jahresviertel Abnahme von 0,02 k
„ zweiten „ Zunahme „ 1,79
„ dritten „ Zunahme „ 0,06
„ vierten „ Zunahme „ 0,51
im ganzen Jahre 1918 also eine Zunahme v. 2,36 k

Während der vier Kriegsjahre 1915 bis 191 fand demnach bei den Frauen eine durchschnitt liche Gewichtsabnahme von 1 3 , 6 9 k g statt.

Bei den Männern fand sich für das Jahr 1915:

im ersten Jahresviertel Abnahme von 2,42 k
„ zweiten „ Abnahme „ 2,76
„ dritten „ Abnahme „ 1,41
„ vierten „ Zunahme „ 0,20
im ganzen Jahre also Abnahme von 6,39 k

Für das Jahr 1916 ergab sich auch bei de Männern eine durchgängige Abnahme, und zwa

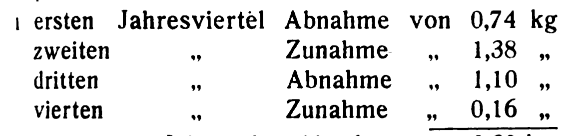
im ersten Jahresviertel um 1,02 kg
„ zweiten „ „ 2,23 „
„ dritten „ „ 0,68 „
„ vierten „ „ 1,05 „
i. ganzen Jahr 1916 also Abnahme um 4,98 kg.

also eine etwas geringere Abnahme als bei de Frauen im gleichen Jahre.

Für das Jahr 1917 ergab sich wiederum auc eine durchgängige Abnahme des Körpergewicht und zwar betrug dieselbe

im ersten Jahresviertel 1,74 kg
„ zweiten „ 0,69 „
„ dritten „ 0,34 „
„ vierten „ 0,64 „
im ganzen Jahre 1917 mithin 3,41 kg.

Im Jahre 1918 fand sich folgendes:



ı ersten Jahresviertel Abnahme von 0,74 kg
zweiten „ Zunahme „ 1,38 „
dritten „ Abnahme „ 1,10 „
vierten „ Zunahme „ 0,16 „

im ganzen Jahre also Abnahme von 0,30 kg.

Während der vier Kriegsjahre fand sich also ·i den Männern im Gegensatz zu den Frauen, bei elchen im Jahre 1918 eine Zunahme eintrat, fortährend Gewichtsabnahme von insgesamt 15,08 kg.

Die durchschnittliche Gewichtsabnahme der änner und Frauen zusammengerechnet bezifferte :h demnach während der Jahre 1915 bis 1918 auf 1,38 kg. Das Durchschnittsgewicht der Frauen, is zu Anfang 1915, wie früher angegeben, 55,9 kg :trug, sank also während des Krieges bis Ende ·18 auf 42,31 kg, und das der Männer in der-·lben Zeit von 58,34 kg auf 43,26 kg, oder is der Frauen und Mäner zusammenberechnet if 42,78 kg.

Von Interesse ist auch eine Aufstellung, welche :igt, wie sich bei den Kranken, welche von Benn 1915 bis Ende 1918 in der Anstalt waren, das örpergewicht veränderte. Es waren das 150 länner und 247 Frauen. Von ihnen nahmen ab:

	Frauen	Männer
von 0 bis 2 kg . . .	11	15
„ 2 „ 4 „ . . .	20	15
„ 4 „ 6 „ . . .	18	14
„ 6 „ 10 „ . . .	37	15
„ 10 „ 15 „ . . .	37	30
„ 15 „ 20 „ . . .	50	8
„ 20 „ 25 „ . . .	19	12
„ 25 „ 30 „ . . .	12	3
„ 30 „ 35 „ . . .	9	3
über 35 „ . . .	6	3

Das niedrigste Gewicht fand sich bei den Frauen Ende 1917, und zwar durchschnittlich 39,85 kg. Bei den Männern fand sich das niedrigste Durchschnittsgewicht Anfang 1918, und zwar betrug es 42,42 kg.

Allerdings zeigten sich auch bei einzelnen wenigen Patienten im Laufe der vier Kriegsjahre Zunahmen, und zwar nahmen zu:

	Frauen	Männer
um 0 bis 4 kg	19	20
„ 4 „ 8 „	6	5
„ 8 „ 10 „	3	7

Die Berechnung nach den Tabellen zeigt auch, daß, nachdem Ende 1917 bei den Frauen das niedrigste Gewicht von 39,85 kg erreicht war, bei der Zunahme der gewährten Kalorien im Jahre 1918 auf 2247 Kalorien auch das Körpergewicht ansteigen mußte.

Warum bei den Männer von Ende 1917 (Durchschnittsgewicht damals 43,16 kg) bis Ende 1918 (Durchschnittsgewicht 42,86 kg) immer noch eine kleine Abnahme des Körpergewichts im Gegensatz zu der Zunahme bei den Frauen auftrat, hängt jedenfalls damit zusammen, daß ein großer Teil der Männer körperlich noch mehr als die Frauen Arbeit leistete (Feldarbeit usw.), denn sonst hätten, wenn man nur 48 Kalorien je Kilogramm im Tag (leichte Werkstättenarbeiter) zugrundelegt, 2072 Kalorien ($43,16 \times 48$) zur Erhaltung des Endgewichts von 1917 ausreichend sein müssen.

(Schluß folgt.)

Kürze in wissenschaftlichen Veröffentlichungen.

Ein Vorschlag von Sanitätsrat Dr. **Bratz**, Berlin-Wittenau.

Schon vor dem Kriege ist in der ärztlichen Literatur von Schwalbe u. a. Klage geführt orden, daß Zahl und Umfang der Veröffent-:hungen ins Unübersehbare wachsen. Die Schäd-:hkeit dieser Überfülle ist auch auf anderen Geeten der Wissenschaft anerkannt; ein geeigneter 'eg zur Einschränkung hat sich nicht gezeigt.

Viele der vorgeschlagenen Maßnahmen bergen e Gefahr einer Eindämmung der wissenschaft-:hen Forschung in sich. Unsere heutige traurige age zwingt uns zwar überall zu einer sparsamen usgabe der Kräfte; aber die Wissenschaft, eines der wenigen Gebiete, auf denen Deutschlands Weltgeltung vielleicht aufrecht erhalten werden kann, sollte möglichst gehegt werden.

Von solchen Erwägungen ausgehend, steckt sich der Vorschlag, den ich zur Erörterung stelle, von vornherein ein bescheideneres Ziel. Nicht die Zahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen möchte ich beschränken, wohl aber ihre Ausdehnung. Mag jeder seine Stimme erheben, welcher glaubt, etwas sagen zu können; doch fasse er sich möglichst kurz. In dem vielbeklagten Wust wissenschaftlicher Werke werden auch manche, besonders Anfänger-



arbeiten, in Bausch und Bogen als nutzlos verdammt, die einen kleinen, an sich nicht wertlosen Kern enthalten. Aber dieser Kern geht zum Schaden der Allgemeinheit und der Verfasser verloren in der gar zu umfangreichen Schale.

Wie ist Kürze zu erreichen? Ermahnungen nützen nicht viel. Es liegt in der menschlichen Natur, daß wir fast alle bei der Probe aufs Beispiel glauben, solche Mahnung gelte für die andern. Jede Art von Zwang von oben her aber ist in wissenschaftlichen Dingen zu vermeiden. Deshalb denke ich daran, daß wir Wissenschaftler durch freien Entschluß selbst unsere Fachzeitschriften in die Lage versetzen, unsere Arbeiten vor der Veröffentlichung strenger als bisher geschehen auf das Maß der erreichten Kürze durchzusehen.

Derartig weittragende Dinge werden am besten zunächst im kleinen Kreise ausprobiert. Am ehesten von den Wissenschaftlern sind wohl dazu die Ärzte und unter diesen wieder die Hygieniker des Seelenlebens, die Nervenärzte und Psychiater berufen. Den neurologischen und psychiatrischen Vereinigungen und Zeitschriften wird also dieser Plan zur grundsätzlichen Erwägung und etwaigen Verbesserung unterbreitet.

Im Falle der Zustimmung denke ich mir die Ausführung so: Der Deutsche Verein für Psychiatrie setzt in Verbindung mit der Gesellschaft deutscher Nervenärzte einen Ausschuß ein, der in dieser Angelegenheit mit den Zeitschriftenleitungen verhandelt. Alle Manuskripte müssen den Zeitschriften in Maschinenschrift eingereicht werden. Der Wunsch etwaiger Verkürzung oder Streichung wird von der Zeitschriftsleitung in einfacher Weise dadurch kenntlich gemacht, daß ein schwarzer Strich am Rande bedeutet: Zu kürzen!, ein farbiger: Zu streichen! Mit solchen Strichen geht erforderlichenfalls das Manuskript an den Verfasser zur Ausführung der Prüfungsvermerke zurück.

In einem Punkt könnte die geplante Einrichtung unmittelbar zu einer gedrungenen Darstellung in den ärztlichen Arbeiten uns verhelfen. Viele Forscher glauben, ihren an sich kurzen Berichten lange Krankheitsgeschichten oder Versuchsprotokolle beifügen zu müssen. Solche Zusätze mögen hingehen, soweit sie zur Klarlegung der Befunde und zu ihrer Glaubhaftmachung für den Leser erforderlich sind. Wenn sie aber nur der Erleicherung der Nachprüfung für spätere Bearbeiter des Gegenstandes dienen sollen, könnten derartige Erwägungen in einem oder zwei in Maschinenschrift gelieferten Abdrücken von der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie etwa 20 Jahre aufbewahrt werden. Die gedruckte Veröffentlichung wird mit entsprechendem Vermerk versehen, so daß Fachgenossen, welche die langen Krankheitsgeschichten, Versuchsprotokolle, Tabellen u. dgl. einsehen wollen, sie jederzeit gegen Einsendung des Portos bekommen können.

Da es sich bei meinem Vorschlage um einen Versuch handelt, der zunächst am besten in kleinem Maßstabe ausgeführt wird, so habe ich nur von Veröffentlichungen in Zeitschriften gesprochen. Es wäre ja leicht, die Bücher später mit einzubeziehen.

Wie Eduard Engels „Deutsche Stilkunst" trefflich darlegt, führt Unterdrückung jeder Eitelkeit, peinliches Bestreben des Schreibenden, den Fachgenossen nicht mehr als das wirklich als wahr Erkannte zu unterbreiten, zu erheblicher Kürzung der Darstellung.

Wieweit auch die Ausmerzung überflüssiger Fremdwörter mithelfen kann, die Wahrheit, Schlichtheit und Kürze des Ausdrucks zu fördern, soll in einem weiteren Aufsatz erörtert werden. Der Stil ist der Mensch. Sorgfältige Art zu schreiben hängt am letzten Ende von der Fähigkeit des Schreibenden ab, vorher seinen Gegenstand sorgfältig durchzuarbeiten. Da wir die Menschen nicht ändern können, so unterdrücke ich allerlei sich aufdrängende Ratschläge bis auf den einen: Jeder Schreibende lege sein Manuskript, bevor er es zum Abdrucke gibt, einem Freunde oder Fachgenossen zur Durchsicht vor, wie dies in früheren Zeiten üblich war.

Beiseite lasse ich alle über den engen Rahmen unseres neurologischen Sonderfaches hinausgehenden Vorschläge, z. B. den ausgezeichneten Plan die ärztlichen Doktorarbeiten nicht vollständig sondern nur mit einem Auszug des Inhalts zu veröffentlichen.

Der Versuch auf dem Sondergebiet der Psychiatrie und Neurologie ist wichtig genug: Er würde unseren wissenschaftlichen Nachwuchs durch ein umfassendes und stetig wirkendes Mittel zu gedrängter klarer Ausdrucksweise und zur Hemmung eitler und unwahrer Weitschweifigkeit anhalten.

Gelingt dieser Versuch, so könnte er beispielgebend auf die anderen ärztlichen Fächer und darüber hinaus wirken.



Ein weiterer[1]) Vorschlag zur Behandlung der progressiven Paralyse.

Von Dr. **Arthur Adler** in Berlin.

Ich schlage vor, bei der progressiven Paralyse, nachdem es dem Amsterdamer Chirurgen Lanz[2]) gelungen ist, bei Affen die abgesägte Kalotte nach einer Viertelstunde wieder einzuheilen, die Schädelkappe abzunehmen, die harte Hirnhaut und Arachnoidea zu beiden Seiten des großen Längsblutleiters in großer Ausdehnung zu spalten, eventuell noch Querschnitte daraufzusetzen, die serös-entzündliche Flüssigkeit abzulassen, Adhäsionen stumpf oder scharf zu lösen und das Gehirn mit warmer Sublimat- oder Argentum-[3]) bzw. Protargol- oder Salvarsan- bzw. Silber-Salvarsanlösung wiederholt abzuspülen oder mit einem Quecksilber- oder Salvarsanhaltigen Puder, event. auch Jodoform einzustäuben.

Nach Verlauf von spätestens einer Viertelstunde ist das bis dahin steril eingewickelte Schädeldach wieder aufzusetzen.

[1]) Psych.-Neurol. Wochenschr. 1912.

[2]) Lanz, Temporäre Abtragung des ganzen Schädeldachs. Zentralbl. f. Chir. Bd. XLIV.

[3]) Arthur Adler, Tabes und Paralyse in ihren Beziehungen zur Syphilis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1898.

Anmerkung bei der Korrektur.

Falls die vorgeschlagene Operation als zu heroisch angesehen wird, könnte man auch mit einem weniger eingreifenden Verfahren, von Horsley[4]) bei interkraniellen, syphilitischen Krankheiten vielfach erprobt, einen Versuch machen: nämlich Öffnung des Subduralraums und Ausspülung mit 1 ‰ Sublimatlösung.

[4]) Die progressive Paralyse schließt H. ausdrücklich von dieser Behandlungsmethode aus, wohl, weil er sie nicht für einen echt syphilitischen Prozeß hielt. — A. Mendels Neur. Zentralbl. 1910 S. 1179.

Mitteilungen.

— **Reichsverband.** Gemäß §§ 4 und 5 der Satzungen wird hiermit zur Teilnahme an Sitzungen aufgefordert, die in der Staatsirrenanstalt Hamburg-Friedrichsberg am Mittwoch, den 26. Mai 1920 stattfinden, und zwar:

1. Sitzung des Ausschusses, nachmittags 2 Uhr;
2. Hauptversammlung, nachmittags 6 Uhr.

Tagesordnung für die Ausschußsitzung:

1. Bericht über die bisherige Entwicklung des Reichsverbandes.
2. Vorstandswahl (Wahl in Halle war vorläufig).
3. Referat über Reformen im Anstaltsdienst (Roemer, Konstanz, Schwarz, Bayreuth, Koester, Düren).
4. Referat über Austausch der Irrenärzte zwischen den einzelnen Staaten und Provinzen (Krüger, Tapiau, Koester, Düren).
5. Die Kolbschen Vorschläge.
6. Die amtsärztliche Besichtigung der Provinzialkrankenanstalten in Preußen (Erlaß vom 27. Januar 1920).
7. Die ausschließliche ärztliche Leitung der öffentlichen Irrenanstalten.

Tagesordnung für die Hauptversammlung:

1. Bericht über die bisherige Entwicklung des Reichsverbandes.
2. Referat über die Erhöhung der Gutachtergebühren (Verband Westfalen).
3. Referat über die Beamtenrechtsfrage (Quaet-Faslem, Rasemühle).

Der Vorstand.

— **Satzungen des Vereins der schlesischen Provinzial-Irrenärzte.**

1. Mitglied des Vereins kann jeder an einer schlesischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt tätige Arzt werden.
2. Zweck des Vereins ist Wahrung und Förderung der ideellen und materiellen Interessen seiner Mitglieder.
3. Der Vereinsvorstand besteht aus dem Vorsitzenden, dem Schriftführer und dem Kassenwart, die sich im Behinderungsfalle gegenseitig vertreten. Der Vorsitzende leitet die Vereinsversammlungen, der Schriftführer führt ein Protokoll, das am Schluß der Versammlung verlesen und von drei Mitgliedern unterzeichnet wird. Außerhalb der Versammlungen vertritt der Vorstand den Verein nach außen im Sinne der Versammlungsbeschlüsse und sorgt für deren Vollziehung.
4. Zur Vereinfachung des Schriftverkehrs wählen an jeder Anstalt die Vereinsmitglieder einen Vertrauensmann, an den der Vorstand die Schriftstücke in einfacher Ausfertigung sendet. Der Vertrauensmann ist für die rechtzeitige Bekanntgabe der ihm übersandten Schriftstücke an alle dortigen Vereinsmitglieder verantwortlich. Dem Vorstand ist jede Veränderung hinsichtlich der Vertrauensmänner sofort mitzuteilen.
5. Die Beschlüsse des Vereins werden entweder mündlich auf den Vereinsversammlungen oder schriftlich durch Rundschreiben gefaßt, und zwar stets mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.



6. Jedes Vereinsmitglied ist berechtigt, Anträge zur Tagesordnung der Vereinsversammlungen zu stellen, sowie an den Versammlungen stimmberechtigt teilzunehmen.
7. Der Vorstand stellt die Tagesordnung für die Versammlungen auf und versendet sie spätestens 14 Tage vor der Vereinsversammlung an die Vertrauensmänner.
8. Alljährlich einmal findet eine ordentliche Vereinsversammlung statt, auf deren Tagesordnung stets zu setzen ist: a) Wahl des Vorstandes, der Vorstand wird in geheimer Wahl mit einfacher Stimmenmehrheit gewählt; bei Stimmengleichheit entscheidet das Los. b) Beschluß über Zeit und Ort der nächsten ordentlichen Versammlung. c) Festsetzung der Höhe des nächsten Jahresbeitrages, d) Entlastung des Kassenwartes.
9. Außerordentliche Vereinsversammlungen sind einzuberufen entweder auf einstimmigen Beschluß des Vorstandes oder auf Antrag von mindestens einem Drittel der Vereinsmitglieder. —
10. Schriftliche Beschlußfassung durch Rundschreiben hat der Vorstand herbeizuführen, wenn ein zu fassender Beschluß keinen Aufschub bis zur nächsten Versammlung duldet.

— **Direktion der Württ. Heilanstalt Schussenried.** Die Notiz in Nr. 51-52 der Psych.-Neurol. Wochenschrift S. 390, wonach hier im Jahre 1908 ein Pfleger von einem Geisteskranken mit einer Schaufel erschlagen sein soll, ist eine irrtümliche. Der Vorgang hat sich nicht hier, sondern in der Württ. Heilanstalt Zwiefalten zugetragen. Allerdings ist der Täter inzwischen hierher verlegt worden. Dr. Groß.

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 52. Versammlung den 7. Mai 1920, nachmittags 2 Uhr in Hannover, Lavesstraße 26, part.

Tagesordnung:

1. Behr, Lüneburg: Spirochätenbefunde bei progressiver Paralyse.
2. Löwenthal, Braunschweig: Chronische progressive Chorea (Huntington).
3. Frensdorf, Göttingen: Über Alzheimersche Krankheit.
4. Maschmeyer, Göttingen: Über Paraphrenie.

Nach der Sitzung ist ein gemeinsames Essen im „Ratskeller" vorgesehen. Trockenes Kuvert 20 M, Wein von 20 M inkl. Steuer an.

Der Vorsitzende: Snell, Lüneburg.

Referate.

— **Otologischer Beitrag zur objektiven Begründung neurasthenischer und verwandter Zustände.** Von Th. Albrecht, Halle a. S. Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 35.

1. Es gibt eine normale Ermüdbarkeit des Hörnerven. Ein ohrgesunder Mensch, dem man die Stimmgabel C ununterbrochen vor sein Ohr hält, gibt an, s[ie] schon nach einer Zeit nicht mehr zu hören, die i[n] Wirklichkeit nur drei Viertel oder zwei Drittel sein[er] wirklichen Wahrnehmungsdauer für C entspricht. En[t]fernt man die Gabel, sobald sie nicht mehr gehört wir[d] auf einige Sekunden von dem untersuchten Ohr un[d] nähert sie ihm dann wieder, so hört sie der Untersucht[e] von neuem, ohne daß sie abermals angeschlagen wär[e]. Dieses „intermittierende Wiedergehörtwerden" kann b[ei] C drei- bis sechsmal vor dem endgültigen Verklinge[n] auftreten. Bei neurasthenischen, erschöpften und a[n] verwandten Zuständen leidenden Kranken setzte ers[t]maliges Verklingen der einzelnen Gabeln auffallend fr[üh] ein und das intermittierende Wiedergehörtwerden w[ar] zum Teil ganz wesentlich gesteigert. Es handelt sich u[m] ein zerebrales Symptom, das mit dem Zustand des Hö[r]organs an sich wenig zu tun hat.

2. Der kalorische Reiz des Vestibularapparates ve[r]läuft wie der rotatorische und galvanische, a) auf d[er] vestibulo-zerebellaren Kleinhirnbahn teils der gleiche[n] teils der Gegenseite (objektiv Vorbeizeigen. Fallen, su[b]jektiv Drehschwindel), b) nach dem Nucleus angular[is] Bechterew, und von da durch das hintere Längsbünd[el] zu den Augenmuskelkernen (Nystagmus), c) zum Nucle[us] triangularis.

In den Nucleus angularis Bechterew gehen Teile d[er] sensiblen Trigeminuswurzeln über; es bestehen Bezi[e]hungen zwischen dem Nucleus triangularis einerseit[s] dem Vagus und dem Vasomotorenzentrum andererseit[s]. Dadurch kommen die „ausstrahlenden" Vest[i]bularissymptome zustande: Kopfschmerz als Trigeminu[s]erscheinung, Übelkeit, Erbrechen, Änderung der Pu[ls]frequenz als Vaguserscheinung, Erröten, Erblasse[n], Schweißausbruch als Vasomotorenerscheinung. De[s]orientiertsein, Vergehen der Sinne, Benommenheit, Tr[ü]bung des Gesichtsfeldes, Schwarzwerden vor den Auge[n], Angst, Schwäche und Vernichtungsgefühl als Ausdruc[k] einer reflektorischen Anämie der Hirnrinde.

Rhese (Über die Beteiligung des inneren Ohr[es] nach Kopferschütterungen usw., Zeitschr. f. Ohrenhei[l]kunde 52, und Entstehung des Ohrschwindels, ebenda 6[?]) bezeichnet diese vom vestibularen Kerngebiet aus strahlenden vasomotorischen und Vagussymptom[e] als gewöhnliche, gegenüber den außergewöhnlichen (allgemeine, Fazialis- und Trigeminuskrämpf[e], heftiges, einseitiges Augentränen, starker einseitig[er] Schweißausbruch, Déviation conjugée, Ohnmacht[en] längerer Dauer, außergewöhnlich starkes Erbreche[n], Zwangslachen, stundenlange Tachykardie, Babinskisch[er] nach dem vestibulären Reiz vorübergehend vorhande[ne] Dorsalflexion) Symptome, denen anatomische Herde i[m] Zentralnervensystem zugrunde liegen sollen, die an un[d] für sich symptomlos, erst bei Einwirkung des vestibu[]laren Reizes zum Vorschein kommen. Bei Neur[]asthenikern und nervös Erschöpften nun fa[nd] Albrecht — angewendet wurden die Brüning[]schen Vorschriften für die Untersuchung — stets eine[n] Teil jener ausstrahlenden überspringende[n] Vagus-, Vasomotoren- und Trigeminus[]erscheinungen, während Vorbeizeigen, Falle[n]

chwindelgefühl und Nystagmus bei jeder vestibularen eizung zu beobachten sind, wenn Bogengangapparat nd zentrale Vestibularisbahn intakt sind.

Brünings Vorschrift: Verwendung von 27° C essendem Wasser, 70 ccm, eine um 50° zur entgegenesetzten Seite gewandte Blickrichtung, Rückwärtsbeung des Kopfes um 60° (um den bei normaler Kopfhalng schon um 30° gehobenen horizontalen Bogengang enkrecht zu stellen und damit sein Strömungsgefälle ei der Einwirkung des kalten Wassers zu erhöhen). — ei der Stimmgabelprüfung empfiehlt Albrecht abel c, bei der erfahrungsgemäß Ermüdungserscheiungen in besonderem Maße auftreten. Bresler.

Buchbesprechungen.

— Stransky, Prof. Dr. Erwin, in Wien, Lehrbuch er allgemeinen und speziellen Psychiatrie. II. spezier Teil. 396 S. Mit 19 Abbildungen. Leipzig 1919, . C. W. Vogel. Geh. 23 M.

Daß Stranskys Lehrbuch sich nicht an ‚Herömmliches und Übliches klammert, sondern den Stoff eigener Bearbeitung gestaltet und durch eigene Auffssung und Forschung bereichert, ersieht man schon der Einteilung, die nicht, wie sonst bräuchlich, mit en akuten Geistesstörungen beginnt, sondern mit den renzzuständen und Übergängen zwischen geistiger Geindheit und Krankheit, also mit den Defekt- und Enttungszuständen, den Psychoneurosen und Psychothien. Es hat das ungemein viel für sich. Daran ihen sich die degenerativen Geisteskrankheiten, nämch das manisch-depressive Irresein und die Paranoia, nn kommen die Dementia praecox und die Erkranngen durch innere Sekretionsstörungen, dann die teriosklerotischen und senilen und die Infektionspsyosen usf.

Die Dementia praecox wird ganz besonders gut beindelt, wie ja der Autor gerade an der klinischen Errschung dieses Leidens große Verdienste hat („intraychische Ataxie"). Sehr einleuchtend sind auch die heorien der Hysterie (z. B. „Flucht in das ähnlich dem ranksein schützende Asyl der verantwortungslosen indheit", „psychischer Puerilismus" (S. 81). Und so effen wir vielfach auf eigenen Inhalt, nicht bloß eigene orm. Lesenswert ist der Anhang: „Der Weltkrieg, r Kriegsausgang und die Psychiatrie."

Eins der besten Lehrbücher.

In einem Anhang zu dem Abschnitt Paranoia wird s Beispiel von krankhaft überwertigen leen folgendes ausgeführt (S. 171): „Es genügt, an n Deutschenhaß zu erinnern, eine der schreckhsten, gefühlsüberbetonten Ideen, welche je die Welt herrscht haben, an verhängnisvoller, menschenverrbender Bedeutung alle mittelalterlichen Brunnenveritungsgeschichten weit hinter sich lassend" .... B.

— Albu, Albert, Zahn- und Mundkrankheiten in ren Beziehungen zu Organ- und Allgemeinerkrankunen. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende der Zahnheilkunde und Zahnärzte. 218 S. Mit 37 Abb. Leipzig 1919, Georg Thieme. Geb. 9,00 M.

Der erste Teil, S. 7 bis 101, enthält einen Abriß der allgemeinen Diagnostik, der zweite, S. 101 bis 196, die spezielle Pathologie der Mundkrankheiten, der dritte, S. 196 bis 209, Narkose und Lokalanästhesie.

Ein nach Abgrenzung und Darstellung des Stoffes mustergültiges Buch.

— Denora, Paraldehyd. 138 S. Leipzig 1914, O. Hilmann.

Für die „Silhouetten aus dem Irrenhause" ist die Partie, die das Titelwort abgegeben hat, bezeichnend genug. Die Heldin des Buches, Eva Isen, unterhält sich mit einer Freundin, die sie in der Anstalt (gemeint ist der Steinhof bei Wien) kennen gelernt hat, über den „geheimnisvollen Schlaftrunk". Die Etikette zeigt das Wort: Paraldehyd. „Drei schon in der Schule gelernte chemische Formeln sollen das Ganze ausmachen: C_2, H_{14}, O_3." (!!)

Evas Erstaunen war grenzenlos: „Und das soll die berauschende Wirkung zeitigen? Da bin ich ungläubig. Die Formel rechtfertigt nur den satanischen Geruch." (!)

„Mir hat sich schon oft der Gedanke aufgedrängt, daß dieses Mixtum compositum mit noch etwas anderem ‚kombiniert' wird. Jedenfalls muß man sich jeder Äußerung enthalten, wenn man nichts beweisen kann" (S. 63).

So wie diese Stelle ist das Ganze. Die Verfasserin, die man wohl mit der Heldin Eva gleichsetzen darf, hat zweifellos allerlei beobachtet und erlebt, aber alles ist schief gesehen und entstellt; mag die Anstalt Am Steinhof, worauf im Text mehrfach hingewiesen wird, noch so überfüllt sein, so sind doch die geschilderten Zustände einfach unmöglich. Der eine Arzt, den die Kranke nur halb im Dämmer bisher gesehen hat, ist gleich ihr Todfeind, die Patienten müssen sich in eiskaltem Raume waschen, auf der ruhigen Abteilung geht es zu wie im Türkenkrieg. Die Freundin (sie und die Heldin müssen natürlich, um berichten zu können, krank und doch nicht krank sein; bei jener fehlen auch die schurkischen Verwandten nicht, die die Entlassung zu hintertreiben wissen) erzählt dann noch von Erlebnissen auf einer Untersuchungsstation für Kriminelle (die „Inquisition" genannt), wo es noch viel erbaulicher hergeht. Schließlich holt die Mutter die Eva ab und fährt mit ihr nach Deutschland zurück; es geht nach Hause, und vom Turmzimmer flattert zum Empfang eine weiße Fahne mit der roten Inschrift „Nidaros". Was das heißen soll, weiß ich nicht, aber vielleicht sichert es die Diagnose, ebenso wie die eingestreuten angeblich philosophischen und theosophischen Gespräche. Eine eigentlich gehässige Tendenz gegen Anstalten und Irrenärzte liegt dem Heftchen wohl fern, trotzdem wird es bei nichtkritischen Lesern allerhand Unfug stiften können. Hoppe, Rinteln.

— Reckzeh, Paul, Berliner Arzneiverordnungen mit Einschluß der physikalisch-diätetischen Therapie. Für Studierende und Ärzte. Mit einem Vorwort von Geh. Rat Prof. Dr. Kraus. Zweite neubearbeitete Auflage. 192 S. Berlin 1920, S. Karger. 6,00 M.

Enthält: allgemeine und spezielle Arzneiverordnungs-



lehre und im Anhang die Mittel für äußere, subkutane usw. Anwendungen, die Maximaldosen (wobei leider eins der wichtigsten Mittel, nämlich das Salvarsan fehlt), Balneotherapie, physikalische Therapie, diätetische Therapie u. a. — Auch in der zweiten Auflage ein ganz nützliches Büchlein.

— Bresler, San.-Rat Dr. J., Die Hirnaderverkalkung. Kreuzburg (Oberschlesien) 1920, Verlag von E. Thielmanns Buchhandlung.

Diese Schrift behandelt Ursachen, Zeichen, Verlauf und Behandlung der Hirnaderverkalkung. Besonders die ersten seelischen Anzeichen sind eingehend geschildert und der Zusammenhang des Leidens mit Gemütsbewegungen nach heutigen physiologischen Kenntnissen und Anschauungen erläutert. Bemerkenswert ist des Verf.s Theorie, die viel für sich hat, daß die Erweiterung der Schläfeschlagadern eine Art Sicherung gegen die Überfüllung der Schlagadern im Innern des Schädels bildet und daß sich daraus erklärt, warum so oft erstere verhärtet sind, letztere aber nicht oder noch nicht, außerdem daß die Überfüllung der ersteren keine Beschwerden macht, weil das umgebende Hautgewebe ausweichen kann.

Sehr lehrreich sind in dieser Hinsicht zwei aus einer Untersuchung des Pathologen Prof. Schmidt, Würzburg, wiedergegebene mikroskopische Befunde an Schläfearterien von einem 21- bzw. 24jährigen Soldaten, wo bereits deutlich ein Riß in der Elastika und Verdickung und Wucherung an dieser Stelle zu se[illegible] ist. Nützlich ist auch die Betonung des selbständig[illegible] funktionellen Charakters der Arterien; Verf. nennt [illegible] Schlagader „ein in die Länge gestrecktes Herz".

In der Behandlung wird an Jod festgehalten [illegible] zur Erläuterung seine Wirkung beim Bronchialasth[illegible] (Krampf der ringförmigen Muskeln) herangezogen.

Die forensischen Beziehungen der Hirnaderverk[illegible] kung werden erörtert.

Die Abhandlung, die gemeinverständlich abge[illegible] ist, verdient weiteste Verbreitung.

Therapeutisches.

— **Über Choleval.**[1]) Von Dr. L. C. Ung[illegible] Wiener med. Woch. 1919 Nr. 50.

Von 90 Fällen frischer Anteriorgonorrhoe wurde [illegible] größte Teil sofort mit 1/4 prozentiger Cholevallösung [illegible]handelt, ohne Verabreichung eines Balsamikums. In [illegible] allermeisten Fällen trat auffallend rasche Besserung [illegible] Krankheitsbildes ein. Vielfach blieb der Gonokokk[illegible]befund dauernd negativ, doch wurde, um einer T[illegible]schung durch Scheinheilung vorzubeugen, die Beha[illegible]lung fortgesetzt und zwei bis drei Wochen nach v[illegible]gem Sistieren aller Symptome das durch provokat[illegible]

[1]) Merck.



ies Verfahren (Alkoholgenuß, tiefe Instillation einer rozentigen Arg. nitr.-, 5 prozentigen Kupfersulphat-ung, Prostatamassage) gewonnene Sekret mikrosko-ch und kulturell untersucht. Waren noch Gonokokken hweisbar, so wurde die Behandlung weitergeführt. allgemeinen blieb der Gonokokkenbefund negativ. ten kam es zum Übergreifen des Prozesses auf die tere Harnröhre oder zu Komplikationen anderer Na- Die Patienten spritzten anfangs 1/4- dann 1/2 pro-tige, nur ausnahmsweise 3/4 proz. Cholevallösung zwei drei mal täglich (10 Minuten langes Zurückhalten der ktionsflüssigkeit) und nahmen meist in den ersten chen drei Tassen Herniariatee täglich. Vereinzelt rde über leichtes Brennen geklagt. Bei Posterior-orrhoe wurde auch die hintere Harnröhre mit Chole-ösung bis zu 5 v. H. behandelt. Bei akuter Zystitis, didymitis, Funikulitis und Prostatitis Behandlung mit valenter Gonokokkenvakzine in steigender Dosis intravenös, neben anderen entsprechenden Maßnahmen. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen wurde zur Cholevalspülung der Urethra übergegangen. In der Regel war auch da binnen einiger Wochen klinische Heilung erzielt.

Chronische Gonorrhoe gab mit Cholevalbehandlung und Prostatamassage vorzüglichen Erfolg und nur selten Rezidive. Stühmers Ansicht, daß spät d. i. nach dem fünften Tage in Behandlung tretende Gonorrhoe nicht mit Choleval behandelt werden solle, teilt Verf. nicht. Die Mehrzahl der behandelten Gonorrhoeen waren älteren Datums und reagierten auf das Choleval tadellos. Auch die Ansicht, daß Choleval durch allzu frühzeitige Überhäutung die Gonokokken gleichsam in der Tiefe der Schleimhaut vergräbt, wird von Ungar nicht geteilt. Er glaubt eher an eine erhebliche antiseptische Wirkung des Präparates.

Die Cholevalbehandlung der weiblichen Gonorrhoe

Am 9. März 1920 ist im allgemeinen Krankenhaus in Graz

Herr Dr. Jul. Benedek

als Opfer seines Berufes nach langem Krankenlager gestorben. Er war ordinierender Arzt der n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Gugging, wo er während einer Grippeepidemie nach aufopferungsvoller ärztlicher Tätigkeit selbst an Grippe erkrankte und kaum genesen wieder mit aller Hingabe die Behandlung der zahlreichen Grippefälle übernahm. Kurze Zeit darauf aber erkrankte er an Tuberkulose, der er nun nach 3/4 jähriger Krankheitsdauer zum Opfer gefallen ist.

Dr. Benedek war ein Mensch von seltener Seelengüte und werktätiger Menschenliebe, ein vorzüglich ausgebildeter und gewissenhafter Arzt, dem die Kollegen, Untergebenen und Kranken höchste Wertschätzung zollten. Die Anstalt wird sein Andenken stets in Ehren halten.

Gugging, am 20. März 1920.

Direktion der n.-ö. Landes-Irrenanstalt
Der Direktor: Dr. H. Schnopfhagen.



nach Friebös lieferte zufriedenstellende Resultate. Aszendieren wurde nie beobachtet. Bei Urethralgonorrhoe wurde mit 1/2- bis 1 prozentigen Cholevallösungen gespült und Urethralstäbchen eingeführt. Zwei Fälle mit Vulvovaginitis, bereits anderorts mit negativem Erfolg behandelt, blieben auch dem Choleval gegenüber refraktär. Heilung einer Urethral-Zervikal-Gonorrhoe mit gonorrhoischer Gelenkerkrankung durch polyvalente Gonokokkenvakzine und Choleval.

Personalnachrichten.

— **Pommern.** Am 19. März 1920 verstarb in Stralsund im 88. Lebensjahre der Geheime Sanitätsrat Dr. Robert Pütter, früherer Direktor der im Jahre 1900 geschlossenen alten Provinzialirrenanstalt Stralsund. Geheimrat Dr. Pütter hat diese Anstalt vom 1. November 1872 bis zu ihrer infolge der Erbauung der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rg. erfolgten Auflösung mit bestem Erfolge geleitet.

— **Provinzial-Heil-Anstalt Schleswig** (Stadtfeld). Am 1. Oktober 1919 wurde Direktor Professor Dr. Kirchhoff pensioniert. Sein Nachfolger wurde Dr. Dabelstein, bis dahin Direktor der Provinzial-Heilanstalt in Neustadt i. Holst. Am gleichen Termin wurde Sanitätsrat Dr. Hinrichs von hier als Direktor an die Provinzial-Heilanstalt Neustadt versetzt. Ebenfalls zum 1. Okober 1919 wurde Oberarzt Dr. Ostmann von der Provinzial-Heilanstalt Neustadt hierher versetzt. Am 1. Mai 1920 tritt Assistenzarzt Dr. Struck, tätig am hiesigen städtischen Krankenhaus als Hilfsarzt hier ein.

Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schriftleitung resp. den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.





eiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 5/6 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 5/6. 8. Mai **1920/21.**

Bezugspreis: M 5,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Inhalt:

Der ärztliche Dienst in den öffentlichen Irrenanstalten.

Von Med.-Rat Dr. **Kolb**, Erlangen.

Hamburg werde ich Ende Mai über notwendige Änderungen im Betriebe unserer Anstalten berichten haben.

Es scheint mir aus kollegialen Gründen angeɪt, die Vorschläge zu Änderungen s ärztlichen Dienstes schon vor der ɡung der Kritik zu unterbreiten.

Bei der Würdigung der Vorschläge bitte ich die ɪwierigkeiten zu berücksichtigen, die dem Verɦe entgegenstehen, die widerstreitenden Interen der verschiedenen Ärzteklassen auszugleiɪn und die Vorschläge mit dem höchsten Zwecke: n Wohle der Kranken, in Übereinstimmung zu ɪgen.

Eine wertvolle Grundlage bot mir die vom Verbayerischer Anstaltsärzte ausgearbeitete Denkɪrift, die in ihren wesentlichen Teilen richtige l von idealer Auffassung des Berufes getragene ɪichten enthält; auch der Entwurf zu einer neuen weisung für den ärztlichen Dienst in den Branɓurgischen Landesanstalten lag mir bei der Beɪeitung vor.

Unter den Ärzten unserer Anstalten besteht eine starke Bewegung, die den Ärzten mehr Einblick in den Gesamtbetrieb, den definitiven Ärzten einen gewissen Einfluß auf den Gesamtbetrieb und im Abteilungsdienste eine möglichst weitgehende Selbständigkeit sichern will, wie sie anderen Beamten zusteht.

Die Bewegung wurzelt in der Tatsache, daß es mit zunehmender Größe der Anstalten nur einer immer kleiner werdenden Zahl von Ärzten gelingen kann, die Direktorstelle zu erreichen, so daß es unbedingt notwendig ist, auch andere Arztstellen zu beruflich befriedigenden Lebensstellungen auszugestalten.

Es muß zugegeben werden, daß die Organisation unseres ärztlichen Anstaltsdienstes in manchen Anstalten den Momenten, die sich aus der zunehmenden Größe und Kompliziertheit der Anstaltsbetriebe ergeben mußten, nicht in genügender Weise Rechnung getragen hat.

Es ist notwendig Abhilfe zu suchen

1. durch eine Änderung der Organisation



des ärztlichen Anstaltsdienstes, für die ich mir erlaube am Schluß dieses Aufsatzes Vorschläge zu bringen, die ich zu einem großen Teil praktisch erprobt habe. Ferner scheint mir die Ansicht der bayerischen Denkschrift zutreffend, daß wahrhaft befriedigende Verhältnisse für den irrenärztlichen Dienst erst dann wiederkehren werden, wenn nicht nur theoretisch gegen die großen Irrenanstalten gesprochen, sondern wenn endlich praktisch mit der Einrichtung großer Betriebe gebrochen wird überall da, wo diese nicht absolut unvermeidbar sind. Man wende nicht ein, daß diese Forderung überflüssig sei, da die Not der Zeit den Bau neuer Anstalten ausschließe — gerade die Not der Zeit im Vereine mit den Anforderungen der Angestellten wird rasch den Gedanken auftauchen lassen, unsere Anstalten, die durch die Mehrsterblichkeit infolge der Hungerblockade dezimiert sind, zusammenzulegen. Niemals war es im Interesse unserer Kranken und im Interesse unseres psychiatrischen Nachwuchses notwendiger, die psychiatrischen Nachteile der großen Anstalten zu betonen, als gegenwärtig. In der großen Anstalt ist der Kranke eine Nummer; Arzt und Pfleger sind nicht als Träger des Krankendienstes selbsttätige, wichtige Glieder des Anstaltsorganismus, sondern kleine Räder eines großen mechanischen Werkes, das um so besser funktionieren wird, je gleichmäßiger und mechanischer die einzelnen Räder ineinandergreifen. Die psychiatrischen Riesenbetriebe sind aufgebaut auf einer Überschätzung der materiellen Bedürfnisse unserer Kranken und auf der Unterschätzung ihres Bedarfes an persönlicher und individueller Rücksichtnahme. Die großen Anstalten sind es, die wesentlich dazu beigetragen haben, den Krankendienst seines persönlichen Charakters zu entkleiden, die persönlichen Beziehungen zwischen Kranken und Angestellten zu lockern, den Betrieb zu mechanisieren und damit den Boden zu schaffen für jene Forderungen unserer Pfleger, die für Fabriken berechtigt sein mögen, die uns aber unvereinbar scheinen mit dem Zweck unserer Anstalten.

Wenn es noch eines Beweises bedürfte, daß die kleinen Anstalten nicht nur psychiatrisch wertvoller, sondern auch billiger sind als die großen Anstalten, so hat die Jetztzeit, die auch dem Laien den vergiftenden Einfluß enthüllte, den der psychiatrische Großbetrieb auf den Geist des Krankendienstes ausübt, so hat die Tatsache, daß die kleinen Anstalten leichter dem Kohlenmangel und anderen schwierigen Zeiterscheinungen durch Notmaßnahmen sich anpassen und die gebotene Sparsamkeit einheitlicher und besser wahren können als der Riesenbetrieb, diesen Beweis erbracht.

Wir müssen also auf Einhaltung folgender Grundsätze hinwirken:

2. „**Die Normalgröße der öffentlichen Irrenanstalten darf die Belegziffer von 600 Kranken nicht übersteigen.**

Größere Anstalten sind höchstens zur Versorgung von Millionenstädten angängig.

Das Aneinanderbauen und Nebeneinanderbauen von Anstalten ist grundsätzlich zu verwerfen.

Es muß mit allen Kräften angestrebt werden für leerstehende Räume der Irrenanstalten unter Beibehaltung der allgemeinen Anstaltsorganisation psychiatrische Verwendung zu suchen."

Die Einhaltung dieser Grundsätze wird weitere Vorteile für den psychiatrischen Dienst zeitigen:

In den psychiatrischen Riesenbetrieben kann der Direktor unmöglich den ärztlichen Dienst allein übersehen; es machte sich die Einrichtung der Stellen von stellvertretenden Direktoren, leitenden Oberärzten, selbständigen Oberärzten notwendig und damit entwickelte sich der Zustand, daß dem Abteilungsarzte nicht nur von dem Direktor, sondern auch von ein bis zwei Oberärzten in den Betrieb seiner Abteilung eingeredet wurde, und daß schließlich niemand — weder der Abteilungsarzt noch der Oberarzt, noch der Direktor — eine wirklich befriedigende Tätigkeit hatte.

Wir Ärzte einer Irrenanstalt bilden einen kleinen Kreis von Menschen mit unscharf abgegrenzten, vielfach ineinandergreifenden Kompetenzen, die durch ihren Beruf zu ständigem Zusammenleben auf engem Gebiete und zu engstem Zusammenarbeiten gezwungen sind. Je seltener Personen aus diesem Kreise ausscheiden, je seltener neue Personen ihm zugehen, desto größer ist die Gefahr, daß Beeinträchtigungsideen sich entwickeln und Verstimmungen entstehen, die dem einzelnen das Leben verbittern und ein gedeihliches Zusammenarbeiten unmöglich machen können. Wir müssen also fordern:

3. **Dem irrenärztlichen Dienste muß in größerem Maße, als bisher vielfach üblich war, frisches Blut zugeführt werden**, und zwar

a) durch häufigeren Wechsel zwischen den Ärzten der verschiedenen Anstalten,

b) dadurch, daß an kleinen Anstalten mindestens eine, in größeren Anstaltsbetrieben mindestens zwei Stellen sein sollen, deren In-



haber im Laufe der ersten drei Jahre wechseln **müssen**.

Ein regerer Austausch der Ärzte fördert die Ausbildung der Ärzte und belebt — neuen Aufgaben gegenüber — die Berufsfreudigkeit, indem er ein gewisses Gegengewicht bildet gegenüber der Monotonie des Anstaltsdienstes; er wird verhindern, daß die gut bezahlten Stellen der großen Anstalten einem kleinen Kreise von Ärzten als dauerndes Sonderrecht zufallen; er wird gestatten, Abhilfe zu schaffen, wenn ein unsoziales Element unter den Ärzten — und welcher Stand wäre ganz frei von solchen! — in einer Anstalt den ganzen Geist der jüngeren Ärztegeneration zu vergiften droht.

Die Schaffung einer kleinen Zahl von unständigen Stellen wird den Anstalten die erforderliche Auslese erleichtern: nur derjenige Arzt, der nach Wissen, Veranlagung und Charakter den höchsten Anforderungen entspricht, sollte in feste Stellen übernommen werden.

Wenn der ärztliche Dienst in einzelnen Anstalten sich unbefriedigend gestaltete, so lag zuweilen der Grund darin, daß dem Direktor selbst durch höhere Instanzen die Bewegungsfreiheit zu sehr eingeengt wurde, ein Zustand, der bekanntlich dazu neigt, sich in steigender Progression nach unten fortzupflanzen. Die Not der Zeit wird dazu führen, daß die Selbständigkeit der äußeren Ämter erhöht wird, und ich meine, daß diese **Erhöhung der Selbständigkeit auch für die Anstaltsdirektionen** angezeigt ist und daher von uns möglichst gefördert werden sollte.

Unbefriedigende ärztliche Verhältnisse können endlich darin wurzeln, daß der Direktor nach seinen Kenntnissen oder nach seiner Persönlichkeit dem Posten, auf den er gestellt wurde, nicht gewachsen ist. Die Schuld liegt daran, daß **bei der Qualifikation und Ernennung der Psychiater die erforderliche Mitwirkung unparteiischer, autoritativer Fachärzte oder fachärztlicher Kommissionen** nicht allgemein gesichert ist.

Die Fälle, in denen ungeeignete Ärzte auf den Direktorposten oder auch nur in definitive Stellen gelangen, schaden den Anstalten, den Kranken, dem irrenärztlichen Dienste und unserem Ansehen in einem Maße, daß wir besondere Sicherungen gegen die Wiederkehr solcher Fälle fordern müssen.

Die Forderungen, welche die bayrische Denkschrift zugunsten der wissenschaftlichen **Ausbildung und Fortbildung der Irrenärzte** erhebt:

Ausbildung in der Anstalt unter besonderer Verantwortung des Direktors;
Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst;
Fortbildung (Bibliothek und Laboratorium, Prosektur, in regelmäßigem Wechsel Besuch von Fortbildungskursen und Fachversammlungen, Kommandierung an Kliniken und Forschungsinstitute);
Organisation der wissenschaftlichen Arbeit (Vereinbarung mit den psychiatrischen Kliniken, Publikation mindestens einer wissenschaftlichen Arbeit im Jahresbericht, zu der wohl zweckmäßig im Wechsel alle Ärzte der Anstalt heranzuziehen sind);

sind des allgemeinen Beifalles sicher. Sie zeigen den Weg, auf welchem der Irrenarzt am besten über die Zeiten hinwegkommen kann, in denen ihn der Dienst nicht befriedigt: nicht durch unfruchtbare Kritik, sondern durch Vertiefung in die Wissenschaft, in jenes unsichtbare Königreich, zu welchem uns keine Macht der Erde den Zutritt hemmen kann, wenn anders wir selbst die für jeden Irrenarzt unentbehrliche Gabe besitzen, es zu sehen.

Vorschläge zur Organisation des ärztlichen Anstaltsdienstes.

§ 1.

Allgemeine Richtlinien.

I. Der Direktor hat als Anstaltsvorstand die ärztliche Oberleitung und Aufsicht.

II. Allen definitiv angestellten Ärzten ist in ihrem Tätigkeitskreise das höchste mögliche Maß von Selbständigkeit zu sichern.

III. Allen Ärzten ist Einblick in den Gesamtbetrieb der Anstalt zu gewähren.

IV. Die definitiv angestellten Ärzte der Anstalt bilden das Ärztekollegium. Der Direktor ist gehalten, das Ärztekollegium in allen grundsätzlich wichtigen Fragen und auf entsprechend unterstützten Antrag in ärztlichen Einzelfragen zu hören, abweichende Stellungnahme einer Majorität auf Antrag einem Schiedsspruch zu unterstellen, abweichende Stellungnahme einer Minorität auf entsprechend unterstützten Antrag vorzulegen. Zur Vereinfachung des behördlichen Dienstes ist die Übertragung gewisser, bisher meist von der Aufsichtsbehörde ausgeübten Kompetenzen auf das Ärztekollegium anzustreben.

V. Qualifikation und Beförderung der Ärzte ist mit besonderen Sicherungen zu umgeben; Rechte und Pflichten der Ärzte sind tunlichst scharf zu umgrenzen.

VI. Der ärztliche Dienst vollzieht sich nach Richtlinien, die vom Direktor nach Anhörung des Ärztekollegiums auszuarbeiten sind und der Genehmigung der



von einer psychiatrischen Kommission beratenen Aufsichtsbehörde unterliegen.

§ 2.

Der D i r e k t o r hat

a) die ärztliche Oberleitung in dem Sinne, daß er 1. nach Anhörung des Ärztekollegiums die Richtlinien aufstellt für eine den besonderen Verhältnissen des Anstaltsbetriebes angepaßte Behandlung entsprechend der Wissenschaft und der praktischen Erfahrung; 2. nach Anhörung des Ärztekollegiums den Dienst verteilt;

b) die ärztliche Aufsicht in dem Sinne, daß er, und zwar besonders an Hand der in den Referaten, bei Visiten in den Abteilungen und im Verkehr mit den Angehörigen gemachten Wahrnehmungen dafür sorgt, daß sich die Behandlung der Kranken dauernd nach diesen Richtlinien, nach den gesetzlichen und dienstlichen Vorschriften und Anordnungen vollzieht, und daß das gesamte Personal dauernd den Anforderungen entspricht.

Hinsichtlich des Abteilungsdienstes ist er lediglich verantwortlich: 1. für die von ihm dem Abteilungsarzt erteilten Weisungen und für die von ihm in Notfällen getroffenen Anordnungen, 2. dafür, daß in selbständigen Stellen nur Ärzte tätig sind, die nach Kenntnissen, Charakter und Dienstleistungen dauernd den Anforderungen entsprechen.

Der Direktor ist jederzeit berechtigt, in Notfällen ärztliche Anordnungen zu treffen und den Dienst eines Arztes selbst zu übernehmen. Im Falle seiner Abwesenheit oder Behinderung hat er für entsprechende Vertretung zu sorgen.

§ 3.

S t e l l v e r t r e t e r des verhinderten oder abwesenden D i r e k t o r s ist der dienstälteste Oberarzt der Anstalt, soweit die Aufsichtsbehörde nicht nach Anhörung des Direktors einen anderen Arzt bestimmt. Der Direktor hat seinem Stellvertreter den Einblick in den Betrieb zu gewähren, der zur raschen Übernahme einer Vertretung erforderlich ist. Vor jeder über die Dauer von Stunden hinausgehenden Abwesenheit hat der Direktor den Dienst seinem Stellvertreter zu übergeben, der durch die Übernahme in alle dienstlichen Rechte und Pflichten des Direktors tritt. Der Direktor kann sich dabei die Erledigung schwebender Angelegenheiten vorbehalten. Der Vertreter wird die Erledigung grundsätzlicher oder sonst wichtiger Fragen, soweit sie Aufschub dulden, tunlichst bis zur Rückkehr des Direktors verschieben, im übrigen sich an die aufgestellten Richtlinien halten. Dem zurückgekehrten Direktor hat der Stellvertreter über alle wichtigen Vorkommnisse zu berichten. Der dauernd mit der Stellvertretung des Direktors betraute Oberarzt ist gegenüber den anderen Oberärzten zu heben durch Einreihung in eine höhere Klasse des Gehaltsregulativs, da wo dies nicht erreichbar sein sollte, durch Einreihung in eine höhere Vorrückungsstufe oder durch eine Funktionszulage.

§ 4.

I. Der Direktor ist gehalten, nicht nur seinen Stellvertreter, sondern auch im Benehmen mit seinem Stellvertreter die übrigen Oberärzte so weit zur Vertretung oder zur Erledigung besonderer Aufgaben vorübergehend heranzuziehen, als notwendig ist für die Qualifikation und zum Erwerb der für Stellvertretung und Direktorposten erforderlichen Kenntnisse.

II. Der Direktor kann nach Anhörung des Ärztekollegiums und nach erholter Zustimmung der Aufsichtsbehörde in schwierigen Anstaltsbetrieben dauernd auf einen Oberarzt hinsichtlich einer Geschlechtsseite, ausnahmsweise beim Vorliegen besonders schwieriger Verhältnisse auf je einen Oberarzt hinsichtlich beider Geschlechtsseiten, wesentliche Teile seiner Befugnisse, besonders hinsichtlich der Aufsicht übertragen (l e i t e n d e r O b e r a r z t); oder einen Oberarzt zu seiner Entlastung vom Verwaltungsdienste und Arbeitsbetrieb heranziehen (V e r w a l t u n g s o b e r a r z t); oder bei entsprechend ausgebautem externen Dienst mit dessen Wahrnehmung betrauen (e x t e r n e r O b e r a r z t). Hinsichtlich der Bezüge dieser g e h o b e n e n O b e r ä r z t e gilt das in § 3 Gesagte.

§ 5.

Jeder zehn Jahre im Anstaltsdienste stehende qualifizierte Arzt soll zum O b e r a r z t befördert und, soweit nicht für seine Person begründete Bedenken bestehen, im Wechsel zu den wichtigen Begutachtungen und zeitweise zu höheren Dienstleistungen herangezogen werden.

§ 6.

I. Jeder drei Jahre im Anstaltsdienste stehende qualifizierte Arzt erhält nach Ablegung der Prüfung für den Staatsdienst eine möglichst in sich geschlossene Krankenabteilung zugewiesen unter definitiver Anstellung. Der Direktor wird, abgesehen von Notfällen, Anordnungen im Abteilungsdienste nur durch Vermittlung des Abteilungsarztes treffen und bei Meinungsverschiedenheiten mit dem Abteilungsarzt auf Antrag von einem Drittel der Ärzte das Ärztekollegium hören. Soweit der s e l b s t ä n d i g e A b t e i l u n g s a r z t nicht Einzelanordnungen des Direktors ausführt, handelt er in eigener Verantwortung. Soweit der Direktor nicht Ausnahmen gestattet, ist der Abteilungsarzt verpflichtet, täglich mindestens eine gründliche Visite und eine zweite Visite zur Erledigung des laufenden Dienstes zu machen; an Sonn- und Feiertagen kann die Nachmittagsvisite durch einen Arzt jeder Geschlechtsseite, in kleinen Anstalten durch einen Arzt in kursorischer Weise erledigt werden. Der A r z t i m e x t e r n e n D i e n s t hat hinsichtlich des Anstaltsdienstes tunlichst mindestens einmal wöchentlich alle Abteilungen zu besuchen, im Benehmen mit den Abteilungsärzten im Referate Vorschläge für Beurlaubungen und Zurückversetzungen zu machen, über besondere Vorkommnisse im externen Dienst zu berichten, die Verwendung der Fürsorgegelder zu beantragen. Über die Heranziehung der Abteilungsärzte zu Dienstleistungen über den Abteilungsdienst hinaus



ntscheidet der Direktor, und zwar in grundsätzlichen ragen stets nach Anhörung des Ärztekollegiums.

II. Wie jeder Richter, Lehrer, Assessor, so hat auch eder geeignete Psychiater ein Recht darauf, daß ihm ach Abschluß der Ausbildungszeit und Probezeit innerhalb des Dienstbereiches, für den er qualifiziert ist, soiel Selbständigkeit eingeräumt wird, als mit der Eigenrt seines Berufes vereinbar ist. Da diese Selbständigeit beim Irrenarzte immer geringer sein wird als die er meisten übrigen Beamten, ist als Ersatz und in Anrkennung der wissenschaftlichen Grundlage seiner ätigkeit dem definitiv angestellten Psychiater durch inrichtung eines Ärztekollegiums das Recht zu chern, in wichtigen, grundlegenden Fragen und, ierne mindestens ein Drittel der Ärzte jeweils den unsch ausspricht, auch in ärztlichen Einzelfragen, in eratender Weise an Organisation und Ablauf des gesamn Dienstbetriebes sich zu beteiligen und seine von der nsicht des Anstaltsvorstandes abweichenden Ansichten, ich wenn sie nicht von der Mehrheit der Kollegen geilt werden, den maßgebenden Stellen mit Begründung rzulegen, soferne sich das Ärztekollegium nicht gegen e Vorlage ausspricht.

III. Abgesehen von seuchenpolizeilichen Maßnahmen ird der Direktor dem selbständigen Abteilungsarzt bei r Behandlung körperlicher Krankhei- n freie Hand lassen, soweit nicht nach seiner Ansicht nstfehler vorliegen. Der Direktor kann jederzeit andnen, daß der Abteilungsarzt einen speziell erfahrenen istaltskollegen oder ev. auch einen auswärtigen Spealisten zuzieht. Wichtige körperliche Erkrankungen w. sind im Referate zu besprechen. Zu Operationen t die Zustimmung des Direktors erforderlich. Die rdination von Kost und Arzneimitteln erfolgt im Rahen der Richtlinien und der verfügbaren Mittel durch n selbständigen Abteilungsarzt.

IV. Bei der psychischen Behandlung der ranken ist der Abteilungsarzt verpflichtet, stets im iste der für die Anstalt aufgestellten Richtlinien zu ndeln und in Referat und Krankenblatt fortdauernd er Zustand und Behandlung der Kranken zu berichn; bei Neuaufnahmen möglichst bald Diagnose und Bendlungsplan vorzulegen. Anwendung von Zwangsitteln, Versetzung in ungünstigere Abteilungen, Diiplinarmaßnahmen, Entzug von Vergünstigungen, Bechen, Briefen; die Gewährung von Taschengeldern; ste Ausgänge, Urlaube, Entlassungen; Versetzung von ier selbständigen Abteilung zur andern; Versuche zu uen Behandlungsmethoden, operative Eingriffe; Behäftigung von gemeingefährlichen Kranken, d. h. alle aßnahmen, die eine Benachteiligung von Kranken beigen oder die Sicherheit gefährden könnten oder den enstbereich eines anderen Beamten betreffen oder anziellen Aufwand zur Folge haben, sind stets im ferate zu besprechen.

Voraussetzung für die Wirksamkeit des ärztlichen teilungsdienstes ist, daß der Abteilungsarzt sich nicht rauf beschränkt, die augenblicklich jeweils erforderhen allgemeinen medizinischen und psychiatrischen Anordnungen zu treffen, sondern daß er versucht, jedem Kranken menschlich näherzutreten und sich in dessen Innenleben hineinzudenken und ihn dann planmäßig zu behandeln.

V. Bei Verfehlungen des Pflegepersonals seiner Abteilung legt der selbständige Abteilungsarzt kurzen Tatbericht vor, ferner kurz begründeten schriftlichen Bestrafungsvorschlag. Der Bestrafungsvorschlag ist, soweit Verweise und Rügen beantragt werden, von dem Abteilungsarzte, soweit Kündigung, Entlassung, Antrag auf Einleitung des Disziplinarverfahrens in Frage kommen, durch eine Kommission zu machen, bestehend aus a) dem Abteilungsarzt, b) dem ersten (in dessen Abwesenheit dem zweiten usw.) Vorsitzenden des Pflegerausschusses, c) einem früheren Kranken oder Angehörigen von Kranken, der vom Direktor aus einem alljährlich nach Anhörung des Ärztekollegiums und des Pflegerausschusses zu bestimmenden Kreise von früheren Kranken oder Angehörigen zu berufen ist. Der Direktor ist an den Strafvorschlag nicht gebunden; er kann insbesondere eine für Rüge vorgeschlagene Verfehlung dem Vorschlag der Kommission unterstellen. Der Direktor ist gehalten, bei einer von dem Strafvorschlag abweichenden Bestrafung, soferne es sich um eine Milderung handelt, auf Antrag des Abteilungsarztes dem Ärztekollegium, soferne es sich um eine Strafverschärfung handelt, auf Antrag des Bestraften der Berufungsinstanz Kenntnis zu geben von dem Strafvorschlag, von den für den Strafvorschlag maßgebenden Gesichtspunkten und von der durch den Direktor verfügten Bestrafung.

§ 7.

Der neu eintretende Hilfsarzt wird zunächst dem Direktor oder einem anderen Arzte zugeteilt, der für seine Einführung in die praktische Psychiatrie Sorge zu tragen hat. Nach Abschluß der ersten Ausbildung erhält der Hilfsarzt eine eigene, zunächst unter Verantwortung eines älteren Arztes zu führende Abteilung.

§ 8.

I. Im Referate, an dem alle diensttuenden Mediziner sich beteiligen, unterrichtet der Abteilungsarzt den Direktor und die Kollegen über alle besonderen Vorkommnisse in seiner Abteilung, besonders über die Änderungen im Zustande der Kranken und über angeordnete und geplante Maßnahmen. Hat der Direktor Zweifel über die Zweckmäßigkeit einer Maßnahme des Abteilungsarztes, so wird er zunächst den anderen älteren Kollegen der Anstalt Gelegenheit geben, ihre Ansicht zu äußern; er wird die Maßnahmen des Abteilungsarztes nur dann abändern, wenn auch andere Kollegen Bedenken haben oder wenn ihm die Änderung der Anordnung im vorliegenden Falle wichtiger erscheint, als die Wahrung der Selbständigkeit des Abteilungsarztes. Der Direktor wird sich dabei stets bewußt bleiben, daß nur weitgehende Selbständigkeit bei tüchtigen Ärzten Verantwortlichkeitsgefühl erzeugt und Berufsfreudigkeit erhält.

II. Der Direktor gibt den Ärzten im Referate die

Möglichkeit, sich an der Hand des Journales (Briefbuches) über den gesamten Ein- und Auslauf zu unterrichten; er bespricht an der Hand des Journales alle das ärztliche Gebiet berührenden oder organisatorische Fragen betreffenden Schreiben und gibt auf diese Weise den selbständigen Ärzten die Möglichkeit — ev. durch Beantragung der Besprechung im Ärztekollegium — ihrerseits Stellung zu nehmen, wenn sie mit der beabsichtigten Stellungnahme des Anstaltsvorstandes nicht einverstanden sind oder aus anderen Gründen eine Aussprache für angezeigt halten. Er übergibt die durch den Abteilungsarzt nach Besprechung im Referate zu erledigenden Schreiben und wird auf begründeten Wunsch hin einzelnen Ärzten auch Einblick in einzelne sonstige Schreiben gewähren, soweit es sich nicht um vertrauliche Schreiben handelt.

III. Im Referate bespricht ferner der Direktor tunlichst alle von Amts wegen geplanten, grundsätzlich wichtigen Maßnahmen, soweit er sie nicht im wöchentlichen Verwaltungsreferat erörtert.

IV. Im Referate berichten ferner die mit Begutachtung betrauten Ärzte vor Abschluß ihres Gutachtens über die Fälle und über ihre geplante Stellungnahme.

Im Referat muß der Direktor streben, die Ärzte mit dem Geiste zu erfüllen, der zur Ausübung des psychiatrischen Dienstes notwendig ist.

V. Tunlichst wöchentlich einmal ist durch den Direktor ein gemeinsames Referat der Ärzte mit dem ersten Verwaltungsbeamten und dem Wirtschaftsbeamten abzuhalten (Verwaltungsreferat), zu welchem nach Bedarf Kassierer, Gutsinspektor, technischer Beamter, Vertreter der Organisationen usw. vom Direktor zugezogen werden können. Den Ärzten soll dadurch Gelegenheit gegeben werden, Wünsche, die sie hinsichtlich des Verwaltungsdienstes, der technischen und baulichen Anlagen usw. für ihre Abteilung haben, selbst vorzutragen, die Schwierigkeiten, die sich oft der Ausführung anscheinend einfacher Maßnahmen entgegenstellen, kennen zu lernen; den übrigen Beamten soll der nötige Einblick in die ärztlichen Gesichtspunkte gegeben und auf diese Weise ein gedeihliches Zusammenarbeiten gefördert werden. Für Besprechung der von den einzelnen Dienststellen einzureichenden Vorschläge zum Etat und Anträge an den Kreistag wird der Direktor eine eigene Konferenz abhalten.

§ 9.

I. Das Ärztekollegium wird gebildet aus sämtlichen definitiv angestellten Ärzten der Anstalt unter dem Vorsitz des mit dem Rechte des Stichentscheides ausgestatteten Direktors. Das Ärztekollegium tritt monatlich einmal ohne weiteres zusammen zu einer durch den Anstaltsvorstand anzuberaumenden ordentlichen Sitzung; außerordentliche Sitzungen wird der Direktor auf Antrag von mindestens einem Drittel der an der Anstalt tätigen Ärzte bis zur Höchstzahl von sechs im Jahre anberaumen. Jedem Arzte steht frei, Bedenken gegen grundsätzliche und einzelne Anordnungen des zurzeit diensttuenden Anstaltsvorstandes oder eines anderen Arztes oder Be amten der Anstalt nach vorheriger Benachrichtigung de Direktors im Ärztekollegium zur Sprache zu bringe oder, falls er nicht Mitglied des Kollegiums ist, z Sprache bringen zu lassen. Der Direktor kann die Be ratung eines Gegenstandes davon abhängig mache a) daß mindestens drei Tage vorher Anmeldung erfolg b) daß drei Tage vorher ein eingehendes schriftliche Referat, bei wichtigen Angelegenheiten auch ein schrif liches Korreferat durch die Antragsteller ihm vorgele wird.

II. Das Ärztekollegium erledigt in seine monatlichen (ordentlichen) Sitzungen in beschli ßender Form nach Stimmenmehrheit: a) die Genehm gung von Freiplatz- und Unterstützungsgesuchen a etatsmäßigen Mitteln; der erste Verwaltungs- und kont buchführende Beamte haben dafür Sitz und Stimm b) die Genehmigung der Aufnahmen unter Zuziehu der gleichen Verwaltungsbeamten; c) die Verteilung vo Geschenken und Gratifikationen an Angestellte unte Zuziehung je eines Vertreters der in Frage kommend Organisationen und Dienstzweige; d) im Falle der Ab lehnung einer probeweisen Entlassung durch den An staltsvorstand entscheidet das Ärztekollegium auf Antra der Angehörigen oder des Kranken oder eines Arzte ob die Zurückhaltung vom psychiatrischen Standpunkt aus für unbedingt nötig erachtet wird; e) Beschwerde von Kranken oder Angehörigen über widerrechtlich Einschaffung oder Zurückhaltung oder über unzwec mäßige Behandlung oder über Mißstände in der Ansta oder bei der Fürsorge bescheidet das Ärztekollegium i seinen ordentlichen Sitzungen in erster Instanz, un zwar unter Ausschaltung des Arztes oder der Ärzt gegen die sich die Beschwerde richtet, vom Stimmrech der Direktor ist gehalten, eine der Zahl der abstimmen den Ärzte gleiche Zahl von Laien (Juristen, Angehörig Vormünder von Kranken, frühere Kranke) mit Sitz un Stimme beizuziehen; Aufsichtsbehörde und Kreistag, d rechtzeitig von dem Termin zu verständigen sind, en senden nach freiem Ermessen in diese Sitzungen Ve treter, die im Interesse des weiteren Instanzenzug sich an der Abstimmung nicht beteiligen; f) das Ärzt kollegium entscheidet in erster Instanz, ob einem Be amten oder Angestellten der Anstalt, der im Ge nusse freier Dienstwohnung steht, die Wohnung en zogen werden muß, weil er selbst oder weil Gli der seiner Familie oder Gäste, Besucher usw. durc ihr Verhalten den Zweck oder die Sicherheit oder di Ehrlichkeit oder die Sparsamkeit der Anstalt in unz lässiger Weise gefährden. Der Entzug ist im allgeme nen nur nach vergeblicher Verwarnung angängig. De Vertreter der Standesorganisation, welcher der Ang schuldigte angehört, und der Vorgesetzte des Angeschu digten ist mit Stimmberechtigung beizuziehen.

III. Bei Aufstellung der Richtlinien für den ärztliche Dienst, in allen grundsätzlich wichtigen Einzelfragen, so wie bei allen organisatorischen und bei wichtigeren bau lichen Projekten, bei der Diensteinteilung der Ärzte un des Pflegepersonals, bei Beförderungen der Ärzte un



Pflegepersonals hat der Direktor das Ärztekollegium hören, soweit sich nicht bei einer im täglichen Refe- stattfindenden Besprechung Übereinstimmung er- . Bei den Qualifikationen sind die jeweils ranggleiı und ranghöheren Ärzte zu veranlassen, sich schrift- gesondert über den zu qualifizierenden Arzt zu ɜrn; diese Äußerungen hat der Anstaltsvorstand er Qualifikation beizufügen. Das Ärztekollegium ist er zu hören in allen ärztlichen Einzelfragen dann, n wenigstens ein Drittel der an der Anstalt tätigen e dies beantragt (Zuteilung von einzelnen Gut- en; Behandlungsfragen usw.).

IV. Das Ärztekollegium ist ferner berechtigt: em Direktor dienstliche Anregungen und Wünsche Ärzte, besonders auch hinsichtlich des Etats zu rbreiten, b) dem Direktor Vorschläge zu machen für Verteilung des Dienstes für Apotheke, Bibliothek, ɛerkurse, Jahresbericht, Statistik unter die Ärzte Anstalt, c) der Aufsichtsbehörde Meldung zu machen, ı nach Ansicht der Mehrheit der Ärzte genügende iltspunkte dafür vorliegen, daß der Anstaltsdirektor ig oder körperlich seinem Dienste nicht mehr ge- ısen ist oder ungesetzliche oder standesunwürdige llungen begeht. Der Stellvertreter des Direktors erpflichtet, auf Antrag von mindestens einem Drittel Ärzte zur Beratung der Frage unter seinem Vor- eine Zusammenkunft der Ärzte anzuberaumen; den ktor unter Vorlegung der schriftlich niedergelegten, ündeten und von den Antragstellern unterzeichneten hwerdepunkte von Beschwerde und Sitzungstermin erständigen, soferne nicht in Rücksicht auf dessen igen Zustand die Verständigung unangängig er- nt; über das Ergebnis der Sitzung sofort dem Direk- und der Aufsichtsbehörde schriftliche Meldung zu tten.

V. Ergeben sich Meinungsverschiedenheiten zwi- ı Direktor und Mehrheit des Ärztekollegiums, so diese in Aussicht stehende Divergenz den Direk- tets veranlassen, seine geplanten Maßnahmen genau ɔerprüfen. Der Direktor ist durch die Stellungnahme Mehrheit des Ärztekollegiums nicht gebunden, er ist verpflichtet, auf Antrag von einem Drittel der Kolle- smitglieder die Angelegenheit der Entscheidung eines chen Direktor und Ärztekollegium zu vereinbarenden rteiischen, außerhalb der Anstalt stehenden Sachver- ligen von anerkannter Bedeutung, oder eines Sach- ändigenkollegiums, oder, falls eine Einigung über verständige nicht zu erzielen ist, der Entscheidung Aufsichtsbehörde zu unterstellen unter Vorlage der ierten Stellungnahme des Ärztekollegiums.

VI. Empfindet ein Arzt eine Anordnung des An- ɜvorstandes als zu weit gehenden Eingriff in seine ständigkeit oder hält er eine Anordnung für un- net, so kann er am nächsten Tage den An- ɜvorstand davon verständigen. Führt die Aussprache einem Abschluß, so kann der Arzt die Angelegen- dem Vertrauensmann der Ärzte mitteilen, der ge- nen Falles die Kollegen befragt, bis er klar sieht, in Drittel der Kollegen Besprechung der Angelegenheit im Ärztekollegium befürwortet. Ist das der Fall, so trifft er mit dem Direktor Vereinbarung, ob die Angelegenheit bei der nächsten ordentlichen Sitzung besprochen werden kann oder die Anberaumung einer der sechs für das Jahr vorgesehenen außerordentlichen Sitzungen erfordert.

VII. Im übrigen gelten die in § 1 IV und § 6 II niedergelegten Bestimmungen.

§ 10.

I. Soweit vom Gerichte oder von der Aufsichtsbehörde ein Arzt der Anstalt mit der Abgabe eines Gutachtens betraut wird, ist er zur Abgabe des Gutachtens ohne weiteres berechtigt, doch zur Meldung verpflichtet. Im übrigen erfolgt die Zuweisung der Begutachtungen und Zeugnisse durch den Direktor nach Maßgabe der folgenden Gesichtspunkte: a) Zu strafrechtlichen und wichtigen zivilrechtlichen Begutachtungen (Entmündigung, Ehescheidung, Pensionierung) zieht der Direktor im Wechsel die Oberärzte, ferner, soweit dies zu ihrer Ausbildung oder zur Qualifikation erforderlich ist, die vor der Beförderung zum Oberarzt stehenden selbständigen Abteilungsärzte heran; b) bei der Zuweisung ist der Direktor gehalten, die Eignung der Ärzte und berechtigt, ihre persönlichen Verhältnisse zu berücksichtigen; c) soferne der Direktor keine oder keine entsprechende Entschädigung für den Entgang gerichtlicher Gutachten bezieht, kann er sich an der Begutachtung beteiligen bis zu dem Höchstmaß, daß er doppelt so oft solche Begutachtungen übernimmt, als auf jeden einzelnen in der Anstalt diensttuenden Oberarzt treffen würden; d) soweit solche Gesichtspunkte nicht vorliegen, wird der Direktor alle in Frage kommenden Oberärzte tunlichst gleichmäßig berücksichtigen.

II. Invaliditätsgutachten, unwichtigere Gutachten und Zeugnisse über Abteilungsinsassen sollen, soferne nicht der Anstaltsvorstand selbst um Begutachtung gebeten wurde, grundsätzlich dem selbständigen Abteilungsarzt zugeteilt werden. Vor Abschluß der Begutachtung und des Zeugnisses hat jeder Gutachter über den Fall und über seine beabsichtigte Stellungnahme im Referate zu berichten.

III. In der Abgabe von Zeugnissen und Gutachten in der Konsiliarpraxis, deren außerdienstlicher Charakter auch bei der Unterfertigung zu wahren ist, ist eine Beschränkung der Ärzte, soweit der Dienst nicht unter der Gutachtertätigkeit leidet und soweit nicht die Benützung der Anstaltsakten in Frage kommt, nicht angängig.

§ 11.

Für die Ärzte der Anstalt gelten folgende allgemeine Bestimmungen:

I. In jeder Anstalt muß mindestens ein Arzt jederzeit sofort erreichbar sein (Jourarzt).

II. Jeder Arzt muß über die anderen Abteilungen seiner Geschlechtsseite — in Anstalten mit nur drei Ärzten über alle Abteilungen der Anstalt — sich soweit unterrichten, daß er jederzeit wirksam die vorübergehende Vertretung übernehmen kann.



III. Konsiliarpraxis ist jedem selbständigen Arzte soweit gestattet, als der Dienst nicht darunter leidet.

IV. Jede außerdienstliche Behandlung (auch Beratung) von Kranken außerhalb des Familienkreises ist untersagt.

V. Gutachten und Zeugnisse dürfen, soweit nicht Auftrag einer zuständigen Behörde oder Konsiliarpraxis in Frage kommen, nur mit Genehmigung des Direktors übernommen werden; Krankenblätter und Akten der Anstalt dürfen nur mit seiner Genehmigung verwertet werden.

VI. Der Arzt wird die Gesamtheit seiner Arbeitsstunden für Anstaltsdienst und berufliche Weiterbildung keinesfalls zurückstehen lassen hinter der Arbeitszeit der übrigen Beamten; bestimmte Dienststunden werden nicht festgesetzt, zumal da der Arzt im Bedarfsfalle jederzeit, bei Tag und bei Nacht, zur Dienstleistung bereit sein muß.

VII. Jeder Arzt hat wöchentlich anderthalb dienstfreie Tage, deren Zusammenlegung innerhalb eines Monats der Direktor beim Vorliegen belangreicher Gründe gestatten kann.

VIII. Als Ersatz für zwei Weihnachts-, Oster- und Pfingstfeiertage erscheint eine Verlängerung des Erholungsurlaubes gegenüber dem Urlaub der entsprechenden Beamtenklasse um eine Woche gerechtfertigt.

§ 12.

Jeder Arzt kann verlangen, daß ihm der wesentliche Inhalt seiner Qualifikation mitgeteilt wird. Jeder nicht qualifizierte Arzt kann Überprüfung seiner Qualifikation durch Austausch mit einem anderen, an einer anderen öffentlichen Anstalt nicht qualifizierten Irrenarzt beantragen. Erklärt diese zweite Anstalt den Psychiater ebenfalls nicht für qualifiziert, so können die Umzugskosten dem beantragenden Arzt zur Last gelegt werden. Erachtet die zweite Anstalt den Arzt für qualifiziert, so soll sie ihn — tunlichst im Austausche — im Dienste behalten. Wurde der Arzt aus wissenschaftlichen Gründen nicht qualifiziert, so kann er Begutachtung nach halbjähriger Arbeit an einem wissenschaftlichen psychiatrischen Institut beantragen. Der Direktor ist berechtigt, für Ärzte, die sich dauernd in einer den Anstaltszweck schädigenden Weise in den kollegialen Kreis der Anstaltsärzte nicht einfügen oder die nicht qualifiziert sind, nach Anhörung des Ärztekollegiums den Austausch gegen einen Arzt, bei dem ähnliche Voraussetzungen vorliegen, die Versetzung an eine andere Anstalt zu beantragen. Es ist erforderlich, daß bei jeder Beförderung in gehobene Stellen allgemein eine aus erprobten, unbeteiligten Fachärzten bestehende, aus der Mitte der amtlichen Irrenärzte durch deren wissenschaftliche Vertretung gewählte Kommission gehört wird.

Berufsvertretung und Standesvertretung.

Von Oberarzt Dr. **Rein**, Landsberg a. W.

In einem den Direktoren der öffentlichen, vielleicht auch der Universitäts- und Privatanstalten zugesandten Rundschreiben nimmt Kolb, Erlangen, Stellung zu den Ausführungen Römers „Zur gewerkschaftlichen Organisation der beamteten Irrenärzte Deutschlands" (diese Wochenschrift 1920 Nr. 35-36), und zwar zu dem Vorschlage Römers, auch in den beruflichen Fragen, auch für die Mitarbeit am Ausbau der Irrenfürsorge, die Standesorganisation als die gegebene Vertretung zu betrachten.

Warum sich Kolb mit seinen direkt als Erwiderung bezeichneten Ausführungen nur an die Direktoren wendet und nicht in einer Veröffentlichung an die Allgemeinheit der Irrenärzte, ist vielleicht aus seiner später zu erwähnenden Differenzierung von „Direktoren" einerseits und „jüngeren Ärzten" anderseits zu erklären. Ich hoffe aber, daß, wie hier in unserer Anstalt, so auch anderwärts die Direktoren das Rundschreiben Kolbs den doch auch interessierten „jüngeren Ärzten" bekanntgemacht haben werden, und kann also seinen Inhalt wohl als allgemein bekannt oder doch wenigstens jedem Interessenten zugänglich annehmen.

Kolb empfiehlt eine Trennung von Berufsvertretung (für allgemeine psychiatrische Fragen, Ausbau der Irrenpflege, Irrengesetz u. a.) und Standesvertretung (für die wirtschaftlichen und dienstlichen Fragen der beamteten Irrenärzte). Zur Begründung führt er folgende Punkte an:

1. In den Vorstand der Berufsvertretung gehören vor allem Direktoren: das reifere Alter soll führen unter Mitarbeit der tatkräftigen und für Neuerungen mehr empfänglichen Jugend, ein Überwiegen des Einflusses der jüngeren Generation sei eine Gefahr; in der Standesvertretung mag die jüngere Generation führen, die ältere mitarbeiten.
2. Bei Verquickung von Berufs- und Standesvertretung bestehe die Gefahr, daß subjektive, persönliche Momente übertragen würden oder auch nur übertragen zu werden schienen auf ein Gebiet, das unbe

dingt der objektiven und wissenschaftlichen Behandlung bedürfe.

3. In den Standesorganisationen seien nur die beamteten Irrenärzte der öffentlichen Anstalten vertreten, bei der Berufsvertretung müßten aber auch Universitäts- und Privatanstaltspsychiater mit vertreten sein.
4. Die Standesvertretung habe in nächster Zeit so viele Standesfragen zu behandeln, daß sie zur Behandlung der Probleme der Irrenfürsorge kaum in der Lage sein dürfte.

Auf Grund dieser Erwägungen schlägt Kolb vor: Wahl von Berufsvertretung durch die wissenschaftlichen Vereine und Zusammensetzung der Landes-(Provinz-)Kommissionen aus zwei Direktoren, einem jüngeren Arzt, einem Kliniker, einem Privatanstaltsarzt, der Reichskommission aus zwei bis drei Direktoren, zwei jüngeren Ärzten, ein bis zwei Klinikern, ein bis zwei Privatanstaltsärzten (im ganzen sieben Mitglieder). Dabei in jeder Kommission ein bis zwei Vorstandsmitglieder des wissenschaftlichen und des Standesvereins, damit die Zusammenarbeit von Berufsvertretung, Standesvertretung und wissenschaftlicher Vertretung gewährleistet sei.

Inzwischen ist ja der „Reichsverband der beamteten Irrenärzte Deutschlands" gegründet worden und hat bei seiner Gründungsversammlung zwar keine grundsätzlichen Einwendungen gegen die von Kolb vorgeschlagene Trennung gehabt, aber doch die Lösung dieser Frage als nicht so leicht, wie Kolb es sich denke, bezeichnet und vorläufig sich auch für Bearbeitung und Vertretung der Berufsfragen kompetent erklärt (s. Baumann und Hussels in Nr. 49-50 ds. Wochenschrift) und in § 2 Abs. 4 seiner Satzungen dies in allgemeiner Weise zum Ausdruck gebracht: „bei der weiteren Entwicklung des Irrenwesens hat der R.-V. die Standesvertretung in steter Fühlung mit den anderen Berufsorganisationen regelmäßig zur Geltung zu bringen."

Insofern muß den Vorschlägen Kolbs beigestimmt werden, daß bei der Berufsvertretung auch die Kliniker und Privatanstaltsärzte mit vertreten sein müssen (Punkt 3); auch Punkt 4 von Kolb ist insoweit wohl allgemein anzuerkennen, daß wenigstens der Vorstand der Standesvereine und des Reichsverbandes so viel Arbeit hat, daß er allein die Berufsvertretung nicht mit übernehmen könnte.

Die Forderung nach organisierter Zusammenarbeit von Berufs-, Standes- und wissenschaftlicher Vertretung ist ja wohl ganz selbstverständlich im allgemeinen Interesse der Psychiatrie und aller ihrer Vertreter.

Nicht so allgemeiner Zustimmung dürften die anderen Ausführungen Kolbs begegnen, vor allem bezüglich der Zusammensetzung der Kommissionen und ihrer Wahl in den wissenschaftlichen Vereinen.

Zunächst noch einige Worte zu Punkt 2 von Kolb: gewiß könnte der Anschein des Überwiegens persönlicher Interessen durch die Verquickung von Berufs- und Standesvertretung erweckt werden, aber doch eben nur der Anschein, denn die Standesvereine würden wohl zweifellos so viel Urteil haben, daß sie die Bearbeitung von Berufsfragen nur objektiv denkenden Vertretern übergeben.

Wären nun, wie von Kolb vorgeschlagen, die wissenschaftlichen Vereine in den einzelnen Ländern bzw. Provinzen und der Deutsche Verein für Psychiatrie fürs Reich die geeignetsten Organisationen zur Wahl der Berufskommissionen? Die wissenschaftlichen Vereine haben ihren Sitz wohl meist in einer Universitätsstadt oder sie haben Wanderversammlungen; besucht werden sie, ähnlich wie auch die später noch zu erwähnenden Tagungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie, in der Hauptsache von Vertretern der Universitäten und Anstaltsdirektoren; die große Masse der in öffentlichen Anstalten beamteten Ärzte hat nur selten Gelegenheit zum Besuch der Sitzungen (Entfernung der Anstalten, dienstliche Unabkömmlichkeit), so daß wohl mancher von ihnen aus diesem Grunde den betr. wissenschaftlichen Vereinen gar nicht als Mitglied angehört. Da die einzelnen Anstaltsärzte sich also hier nur selten treffen können, haben sie auch kaum Gelegenheit, einander kennenzulernen, was doch für eine derartige Vertreterwahl recht wichtig ist. Es würde also bei diesen Wahlen ein Überwiegen einmal der Kliniker (Professoren mit ihren jüngsten Assistenten) und dann der Direktoren sich bemerkbar machen, während die große Zahl der doch mindestens ebenso interessierten und teilnahmeberechtigten Anstaltsärzte zu wenig Berücksichtigung finden würde. Dies trifft in noch höherem Grade zu für eine ev. Wahl in der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Sehen wir uns einmal die Zusammensetzung dreier aufeinanderfolgender Jahresversammlungen an (die Gruppierung habe ich, soweit mir Stellung der betr. Herren nicht bekannt ist, nach dem Ärzteverzeichnis von 1919 resp. 1914 gemacht; darin sind zwar manche unrichtige Angaben, diese wer-



den sich ja wohl aber ausgleichen). Unter „Anstaltsärzten" meine ich im folgenden alle an öffentlichen Anstalten (nicht Universitätskliniken) tätigen Ärzte, soweit sie nicht Direktoren sind, also die „jüngeren Ärzte" Kolbs.

	Jahresversammlung:		
	1912 Kiel	1913 Breslau	1914 Straßburg
1. Direktoren	58	51	66
2. Anstaltsärzte	56	85	63
3. Kliniker	26	18	38
4. Privatanstaltsärzte	27	21	25
5. örtliche Vertreter	11	20	16
6. Ausländer	8	5	5
7. unbekannt	3	—	2
	189	200	215

Bonn, Marburg, Rostock, Göttingen und Gießen sind als Universitätskliniken gezählt; die Vertreter des Versammlungsortes sind besonders angeführt, weil bei ihnen ja manche Nichtpsychiater und Privatärzte sind, in der Hauptsache aber werden sie wohl aus Professoren und Assistenten der betr. Klinik bestehen, wären also ev. den Klinikern noch zuzuzählen.

Aus der Aufstellung erhellt ohne weiteres, daß die Anstaltsärzte in diesen Versammlungen durchaus nicht in ihrer Zahl entsprechender Menge vertreten sind; das Verhältnis von Direktoren zu Nichtdirektoren dürfte an den Anstalten wohl sicher im Durchschnitt 1 : 4 bis 6 sein, hier ist es aber 1 : 0,98, 1 : 1,67 und 1 : 0,95.

Auch die Kliniker sind zahlenmäßig wohl zu stark vertreten gegenüber den beamteten Irrenärzten; dies liegt in der Natur des wissenschaftlichen Vereins, zu dem doch viele junge Univ.-Assistenten fahren aus rein wissenschaftlichem Interesse oder um sich bekannt zu machen.

Betrachten wir einmal noch die Häufigkeit des Besuchs der drei Versammlungen durch die gleichen Herren, so finden wir, daß 24 Direktoren, 5 Kliniker und 1 Privatanstaltsleiter alle drei Versammlungen besucht haben; zwei Versammlungen von den drei haben besucht 30 Direktoren, 10 Kliniker, 13 Privatanstaltsärzte und 26 Anstaltsärzte; dabei ist zu bemerken, daß die größte Zahl der letzteren das eine Mal ganz aus der Nähe des Versammlungsortes war, also ihnen wohl nur durch die günstige Lage desselben eine so baldige Wiederholung des Versammlungsbesuches möglich war. Daraus ergibt sich, daß viele Direktoren den Besuch dieser Versammlungen, wozu ja in den Anstalten öffentliche Mittel zur Verfügung stehen, hauptsächlich als Domäne des Direktor ansehen zum Nachteil der Anstaltsärzte. Rechne wir, daß in Anstalten mit einem Direktor und vie Ärzten jedes Jahr zwei Mann, in solchen mit einer Direktor und sechs Ärzten jedes Jahr drei Mann fü die Versammlung abkömmlich sind, so wird b regelmäßigem Wechsel aller Ärzte (inkl. Direkto der einzelne jede zweite bis dritte Versammlung b suchen können, bei jährlichem Besuch des Dire tors aber kommen die übrigen Ärzte nur alle dr Jahre bei größeren, alle vier Jahre bei kleinere Anstalten dazu. Den Hauptnachteil dieses vielfa geübten Besuchsmodus mit Bevorzugung des Dire tors erblicke ich in der mangelnden Gelegenhe für Nichtdirektoren, sich gegenseitig kennen z lernen.

Wie erfolgt denn unter den bisherigen Verhäl nissen eine Kommissionswahl im Deutschen Vere für Psychiatrie, z. B. die Wahl einer Standeskon mission, wie sie ja wohl im Jahre 1908 gewäh wurde. Der zu wählende Vertreter der Anstalt ärzte wird doch wohl nur auf Vorschlag eines b kannteren Direktors gewählt, denn die anwesende Anstaltsärzte kennen sich ja untereinander viel z wenig, um Vorschläge zu machen oder vorgeschl gene Herren abzulehnen, sie würden in letztere Falle ja wohl auch überstimmt werden. Die a Vertreter der Anstaltsärzte gewählten Herr haben sich dann mit ihren Anfragen über die G halts- und Anstellungsverhältnisse nicht an ih gleichgestellen Kollegen gewandt, die sie gar nic kannten, sondern an die Direktoren als Vertret der Anstalten. Ich entsinne mich sehr wohl, w mein damaliger Direktor (nicht hier) über de Fragebogen schimpfte, da ja kurz vorher ein ga ähnlich lautender, vom direktorialen Mitglied d Kommission geschickter erst beantwortet war; hat ihn dann beantwortet; aber werden alle Dire toren die Geduld zu dieser Antwort an eine „jüngeren Arzt" gehabt haben? — Aus persönlich Rücksprache mit einem der Anstaltsärztevertret weiß ich, daß dieser für sonstige Standesfrage wie die Unselbständigkeit der Ärzte, unwürdig Kontrolle des Ausgangs der Ärzte und andere d mals noch verschiedentlich bestehende Mißständ keinerlei Interesse hatte und es ablehnte, de artiges vor die Kommission zu bringen. — Ist d eine richtige Vertretung der großen Gruppe d Anstaltsärzte?

Nach alledem komme ich zu dem Schlusse, da die wissenschaftlichen Vereine und der Deutsch Verein für Psychiatrie, trotz Anerkennung all dessen, was sie bisher für Beruf und Stand de Irrenärzte geleistet haben, doch unter den jetzige



/erhältnissen nicht mehr die richtigen Verbände ind zur Wahl einer Kommission, die die Berufsnteressen aller Psychiater wahrzunehmen hat.

Ich halte es für das Richtigste, daß jede der drei lauptgruppen: beamtete Irrenärzte, Kliniker und Privatanstaltsärzte ihre Berufsvertreter für sich wählt. Die gegebenen Organisationen zur Wahl er ersten Gruppe sind die Standesvereine bzw. er Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte. lier sind Direktoren und Anstaltsärzte vertreten. :h halte die Scheidung zwischen Direktoren und lichtdirektoren für durchaus unangebracht und ıuß mich ganz entschieden gegen die Art Kolbs venden, wie er immer von „jüngeren Ärzten" pricht, denen er Erfahrung, genaue Kenntnis der isherigen Entwicklung, Kenntnis der verschlungeen formalen Wege, Erfahrung in juristischen und erwaltungstechnischen Fragen, vollkommenen berblick über den Stand der Wissenschaft und ber eine nicht kleine Literatur einfach absprechen ill.

Sehen wir uns doch einmal diese „jüngeren rzte", diese „jüngere" nach Kolb so unerfahrne Generation an. Im folgenden habe ich nach em Mediz. Kalender 1919 von 15 beliebig gewähln Anstalten aus verschiedenen Teilen Deutschnds das Approbationsalter der „jüngeren Ärzte" ıfgestellt.

ayreuth: 94, 96, 01, 12.
edburg-Hau: 99, 04, 05, 06, 08, 09, 09, 12, 12, 14, 14.
glfing: 96, 00, 01, 03, 04, 06, 10, 10, 11, 11, 12.
roßschweidnitz: 91, 99, 09, 11.
enau: 98, 03, 05, 06, 08, 14.
ırtau: 90, 02, 03, 03, 14.
ındsberg: 99, 99, 02, 03, 08, 09.
ıuenburg: 87, 07, 13.
ıblinitz: 95, 98, 04, 12, 13.
ineburg: 95, 02, 03, 04, 04, 04, 08.
:ustadt i. Westpr.: 97, 00, 03, 12.
:hleswig: 95, 96, 97, 00, 04, 04, 09, 12.
:htspringe: 95, 02, 04, 04, 06, 08, 10, 11, 12, 13.
eilmünster: 03, 03, 06, 11, 12.
innental: 98, 98, 99, 06, 07.

Das sind zusammen 94 Anstaltsärzte in 15 Anılten, davon sind

über 20 Jahre approbiert	also	bis	1900:	25
bis 19 „	„	1901	„ 1905:	27
„ 15 „	„	1906	„ 1910:	21
„ 9 „	„	1911	„ 1914:	21

Man kann vielleicht annehmen, daß in dem 'ztekalender manche junge Assistenzärzte noch ılen, ich glaube aber kaum, daß ihre Zahl groß sein wird, da ja bei dem Rückgang der Krankenzahl nicht so viele Neuanstellungen von Ärzten erfolgen; es wird also das Verhältnis nicht wesentlich verschoben werden durch sie. Nach obiger Zusammenstellung sind über 55 v. H. der Anstaltsärzte 15 Jahre und länger approbiert, an Lebensalter also wohl 40 und älter, und weitere 22 v. H. 10 bis 15 Jahre approbiert, also wohl zwischen 35 und 40 alt. Die Jahre der psychiatrischen Tätigkeit wird aber wohl bei den meisten nicht viel hinter dem Approbationsalter zurückstehen. So sehen die „jüngeren" unerfahrenen Ärzte Kolbs aus. Die Entwicklung der Anstalten bringt es mit sich, daß jetzt die Möglichkeit Direktor zu werden sehr gering ist, das berechtigt aber durchaus nicht zu der Annahme, daß die große Zahl der älteren Anstaltsärzte weniger fähig wäre, einen derartigen Posten zu bekleiden, als die jetzigen Inhaber, von denen doch sicher mancher nur das Glück hatte Direktor zu werden, weil er dem Dienstalter nach „an der Reihe" und „nicht ungeeignet" war. Waren nicht die Direktoren, die diese Stellung lange vor dem 40. Lebensjahre, zum Teil wohl schon nach kaum vollendetem 30., erreicht haben, damals selbst als Direktoren wirklich „jüngere", wenn nicht gar „recht junge" Ärzte? Gibt die Ernennung zum Direktor allein mit einem Male alle Erfahrung und Kenntnisse? Und gewährleistet denn die Direktorstellung eine richtige Vertretung und vor allem das wirkliche Interesse für die Berufsfragen? Wie paßt dazu, wenn Kolb selbst schreibt (Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neur. Bd. 47 S. 171), daß seine Rundfrage zur „Reform der Irrenfürsorge" nur 39 Anstaltsvorstände von 120 (inkl. der Kliniken) beantwortet haben, und wenn er in Nr. 49-50 dieser Ztschrft. im März um baldige Beantwortung seines Rundschreibens vom 31. Dezember 1919 betr. der Pflegerfrage u. a. bittet, das bis zum 15. Februar beantwortet sein sollte; also scheinen doch nicht genügend Antworten von den Direktoren eingegangen zu sein.

Ist da die Befürchtung Kolbs begründet, daß bei Wahlen in den Standesvereinen und im Reichsverband unerfahrene und ungeeignete Vertreter in die Berufskommission geschickt werden? Die Direktoren sind ja auch Mitglieder der Standesvereine, sie haben ja Gelegenheit, bei der Wahl ihre warnende oder widersprechende Stimme zu erheben. Daß auch eine Anzahl von Direktoren aus der Wahl hervorgehen wird und vielleicht sogar eine größere Zahl, halte ich für durchaus wahrscheinlich; freilich nicht solche Direktoren, die eine scharfe durchaus unbegründete Trennung schaffen wollen zwischen einer autoritativen Direktorstel-



lung und der „jüngeren" Generation. Nur ein kollegiales Zusammenarbeiten aller Psychiater kann unsere gemeinsamen Berufs- und Standesinteressen fördern. Also schlage ich vor: Wahl der Vertreter der beamteten Irrenärzte ohne Trennung nach Direktoren und Nichtdirektoren in den Landesvereinen bzw. im Reichsverband, hier ist jeder vertreten und kann seine Meinung zum Ausdruck bringen. (Auch die städtischen Anstaltsärzte werden ja hier aufgenommen.)

Die zweite Gruppe, die der Kliniker, gehört ja bis jetzt den Standesvereinen bzw. dem Reichsverband noch nicht an, ob es zu ihrer Aufnahme kommen wird, darüber wird ja wohl in der Hauptversammlung des Reichsverbandes in Hamburg entschieden werden; auf diese Frage will ich hier nicht eingehen; werden sie aufgenommen, nun gut, dann können auch ihre Vertreter zur Berufskommission im Standesverein bzw. Reichsverband gewählt werden; kommt die Aufnahme nicht zustande, so ist eine Vertreterwahl der Kliniker doch leicht zu ermöglichen. Für die Wahl zu einer Landeskommission kommt ja meist nur eine Universität, höchstens zwei bis drei, in Betracht; diese können sich doch sehr leicht untereinander verständigen, bestehen doch zwischen den zusammengehörigen Universitäten aus gemeinsamen Interessen heraus viele Beziehungen; und auch eine gemeinsame Verständigung betr. der Wahl zur Reichskommission, ausgehend von der Zusammenkunft des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg, würde sich wohl leicht anbahnen lassen, ist doch die Zahl der psychiatrischen Universitätskliniken klein im Verhältnis zur Zahl der Anstalten.

Bliebe noch die dritte Vertretergruppe, die der Privatanstaltsärzte. Sind die Privatanstaltsbesitzer nicht zum größten Teil schon in einer Interessengemeinschaft verbunden? Meines Wissens besteht ein solcher Verein. Davon ausgehend ließe sich doch sicher eine Verständigung zu den Wahlen unter allen Privatanstaltsärzten (leitenden und angestellten) ermöglichen.

Wie wäre nun die Berufsvertretung zu organisieren? Ähnlich wie die Standesvertretungen: im Lande (bzw. Provinz) eine Vertreterversammlung; worin jede öffentliche Anstalt, die zugehörigen Universitäten und die Privatanstalten entsprechend ihrer Ärztezahl vertreten sind; ein geschäftsführender Vorstand, bestehend aus vier bis sechs Anstaltsärzten (d. h. Direktoren und Nichtdirektoren, je nach Wahl oder, wenn absolut erwünscht, in bestimmtem Verhältnis), ein bis zwei Klinikern, einem Privatanstaltsarzt. Fürs Reich: Vertreterversammlung entsprechend dem Ausschuß des Reichsverbandes: jede Landesberufsorganisation entsend entsprechend der Zahl der zugehörigen, beamt ten, klinischen und Privatanstaltsärzte Vertret und zwar für vielleicht je angefangene 25 jed Kategorie einen Vertreter, also mindestens ein beamteten, einen klinischen und einen Privata staltsarzt. Der geschäftsführende Vorstand d Berufsvertretung, also die eigentliche Arbeitsko mission sei dann wieder zusammengesetzt im V hältnis 5 : 2 : 1, besser 10 : 4 : 2. Bei dieser W wäre vielleicht Rücksicht zu nehmen auf die Z sammensetzung einzelner Unterkommissionen f Bearbeitung bestimmter Fragen in der Art, d die Mitglieder dieser Einzelkommissionen nahe b einander wohnen und so Gelegenheit haben, öf zu Beratungen zusammenzukommen.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit den St desorganisationen ist es erwünscht, daß von der Vorstandsmitgliedern der eine oder andere auch die Berufskommission gewählt wird; überha können und werden ja wohl häufig Berufs- u Standesvertreter die gleichen sein, eine allg meine Verquickung beider möchte ich aber ni befürworten, und insofern gebe ich Kolb Re daß zur Berufsvertretung mehr Erfahrung geh als zur Standesvertretung; nur daß ich sie e nicht bei den Direktoren allein oder auch nur in viel höherem Grade als bei älteren Ansta ärzten annehme.

Wenn ich die Trennung der Berufs- und St desvertretung für angebracht halte, so verke ich nicht die Schwierigkeit, die die Wahlen und Arbeit solcher getrennter Vertreterorganisatio mit sich bringen, worauf ja besonders Röm hinweist, maßgebend für meine Ansicht ist mir Punkt 3 von Kolb, die Notwendigkeit der Mi teiligung von Klinikern und Privatanstaltsärzte der Berufsvertretung.

Ich hoffe, in meinen Ausführungen richtig v standen zu werden; ich betone nochmals ausdrü lich, daß ich vollkommen anerkenne, was der De sche Verein für Psychiatrie und die sonstigen w senschaftlichen Vereine bezüglich der Berufs- u Standesfragen bisher geleistet haben, aber bei Entwicklung, die die Anstalten im Laufe der Ja durchgemacht haben, können die Versammlun dieser Vereine nicht mehr als stimmberecht Vertreterversammlungen aller Psychiater an sehen werden und also auch nicht als aussch gebende Instanz in Berufs- und Standesfrag Möge der Deutsche Verein für Psychiatrie und anderen Vereine sich weiter betätigen haupts lich als wissenschaftliche Vereine, auch kön



ire Versammlungen ja die Öffentlichkeit darstel- en, wo die Ergebnisse der Beratungen in Berufs- nd Standesvertretungen vorgetragen werden, wo reie Meinungsäußerung dazu jedem möglich ist, bstimmungen jedoch und Wahlen sollen nur in den Vertreterversammlungen stattfinden. So hoffe ich, wird ein kollegiales Zusammenarbeiten aller Psychiater in jeder Beziehung in Berufs-, Standes- und wissenschaftlichen Fragen am besten gewährleistet.

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Einladung zur ahresversammlung in Hamburg am 27. und 3. Mai 1920.

Tagesordnung:

Vorabend, Mittwoch, 26. Mai, von 1/2 9 hr ab: Begrüßungsabend im Restaurant Patzenhofer n Stephansplatz, Dammtorstr. 14-16, nahe dem Damm-rbahnhof.

Donnerstag, 27. Mai, 9 Uhr erste Sitzung. röffnung und Begrüßung. Bericht von Kolb, Er-ngen, und Falkenstein, Herzberge: Inwieweit nd Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten? ussprache. Vorträge. — 3/4 1 Uhr: Frühstück. — 2 Uhr: weite Sitzung. Geschäftliche Mitteilungen. Antrag des orstandes, den § 7 der Satzung abzuändern, so daß es n ersten Absatz heißt: „der Vorstand besteht aus ht (bisher: sechs) Mitgliedern, welche befugt sind, als ändigen Schriftführer ein neuntes (bisher: siebentes) itglied hinzuzuwählen", und der Schluß des dritten satzes statt „Wiederwahl ist zulässig" lautet: „Wie-erwahl ohne Unterbrechung ist nur einmal zulässig. ir den vom Vorstand bestellten Kassenführer ist eine chmalige Wiederwahl statthaft". Antrag des statisti-hen Ausschusses, die Einteilung der Geisteskrank-iten für die Reichsstatistik abzuändern. Antrag ubbers, der Verein wolle gegen die in Preußen be-sichtigte Übertragung der Aufsicht über die Provin-ilanstalten auf die Regierungspräsidenten Stellung hmen. Kassenbericht für 1914 bis 1919 (die hresabrechnungen sind unter den Kleineren Mit-lungen der Allgem. Ztschr. f. Psych. abgedruckt) d Festsetzung des Jahresbeitrags für 1920. Bericht er die Heinrich-Laehr-Stiftung. Vorträge, zuerst Vor-g 2 (E. Schultze: Irrenrechtliche Fragen). — Uhr: Gemeinsames Essen (Gedeck etwa 20 M., Ort ch nicht bestimmt).

Freitag, 28. Mai, 8 Uhr: Besichtigung von An-tseinrichtungen, sowie Laboratorium und Museum Klinik. — 9 Uhr: Dritte Sitzung. Ergänzungswahl s Vorstandes. Bericht von Wagner v. Jauregg, en, und Peretti, Grafenberg: Die Abnahme des koholismus in ihrer Wirkung auf die Geisteskrank-ten. Aussprache. Vorträge. — 3/4 1 Uhr Frühstück. 2 Uhr: Vierte Sitzung. Vorträge.

Sonnabend, 29. Mai, wird Gelegenheit ge-ten zur Besichtigung der staatlichen Anstalt Langen-rn (2000 Plätze).

Die Sitzungen finden im großen Saale der Heilanstalt und Klinik Friedrichsberg statt. Diese ist zu erreichen mit Stadt- und Vorortbahn (Station Friedrichsberg), mit Hochbahn (Station Dehnhaide oder Wagnerstraße), mit Alsterdampfschiff (Station v. Essenstraße) oder mit der Trambahn (Linien 6, 7, 8, 9 bis Haltestelle Barmbecker Marktplatz, Linien 1, 2, 3 bis Haltestelle Kantstraße). In Friedrichsberg wird auch das Frühstück zwischen den Sitzungen (3/4 1 Uhr) gereicht.

Folgende Vorträge sind angemeldet: 1. E. Stransky, Wien: Der seelische Wiederaufbau des deutschen Volkes und die Aufgaben der Psychiatrie dabei. — 2. E. Schultze, Göttingen: Irrenrechtliche Fragen. — 3. Wattenberg, Lübeck: Die Benennung unserer Heilanstalten, eine Gegenwartsfrage. — 4. Schröder, Greifswald: Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. — 5. Nießl v. Mayendorf, Leipzig: Projektionsfaserung und Stammstrahlung (mit Lichtbildern). — 6. K. Thoden van Velzen, Joachimsthal: Das Gedächtnis. — 7. Mühlens, Hamburg (a. G.), und Weygandt, Hamburg: Zur Behandlung der Paralyse. — 8. Jakob, Hamburg: Hirnpathologische Demonstrationen aus dem Luesgebiet. — 9. Kafka, Hamburg: Serologische Demonstrationen aus dem Luesgebiet. — 10. Josephy, Hamburg: Zur Anatomie und Pathologie der Hypophyse und Epiphyse. — 11. Meggendorfer, Hamburg: Über den Ablauf der Paralyse. — 12. Hoppe, Rinteln: Die religiöse Frage und die Psychopathologie. — 13. Rittershaus, Hamburg: Psychogene Faktoren in der Ätiologie des manisch-depressiven Irreseins. — 14. L. W. Weber, Chemnitz: Die Neuorganisation der städtischen Nervenheilanstalt in Chemnitz. — 15. M. Fischer, Wiesloch: Das Wahlrecht der Geisteskranken. — 16. H. Fischer, Gießen: Beitrag zur tierexperimentellen Forschung in der Psychiatrie. — 17. J. H. Schultz, Weißer Hirsch: Über Altersgruppen bei psychologischen Leistungsprüfungen Nervöser. — 18. Frieda Reichmann, Weißer Hirsch: Über Haltlosigkeit bei Psychopathen.

Die Reihenfolge der Vorträge wird in einer Vorstandssitzung am Vorabend der Versammlung festgesetzt. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß ohne besondere Zustimmung der Versammlung Berichte nicht über 30 Min., Vorträge nicht über 20 Min. und Bemerkungen in der Aussprache nicht über 5 Min. dauern dürfen. Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so wird dringend gebeten, deren Wortlaut dem Vorstande mindestens acht Tage vorher mitzuteilen. Anmeldung zur Benutzung von Demonstrationshilfsmitteln, Projektionsapparat, kinematographischem Apparat, Mikrosko-



pen, Aufhängevorrichtungen usw. ist an Prosektor Dr. A. Jakob, Hamburg 22, Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, zu richten.

Wer an der Versammlung, besonders aber auch an den beiden Frühstücken und am gemeinsamen Essen teilzunehmen gedenkt, wird gebeten, dies bis zum 15. Mai der Direktion der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, Hamburg 22, mitzuteilen.

Empfehlenswerte Hotels ersten Ranges: Hotel Atlantic, An der Alster 72-97; Hotel Esplanade, Stephansplatz 10; Vier Jahreszeiten, Neuer Jungfernstieg 10-13; Palasthotel, Neuer Jungfernstieg 16. Mittleren Ranges in der Nähe des Hauptbahnhofs: Berliner Hof, Steintorwall 1 (20 M); Deutsches Haus, Mönckebergstr. 4 (20 M); Lloydhotel, Ecke Steintorwall und Spitalerstraße (20 M); Savoy-Hotel und Hotel Phönix, Ecke Kirchenallee und Steintorplatz (20 M); Hotel Fürst Bismarck, Kirchenallee 49 (20 M); Hotel Europa, Kirchenallee 43 (20 M); Hotel Continental, Kirchenallee 37 (20 M); Hotel Kronprinz, Kirchenallee 46 (20 M); Lübecker Hof, Kirchenallee 24 (20 M); Reichshof, Kirchenallee 35-36 (21 M m. Fr.). Kleinere Hotels und Pensionen: Christliches Hospiz, Westerstraße 13, nahe dem Hauptbahnhof (Klostertor) (8 M); Christliches Hospiz, Esplanade 11, nahe dem Bahnhof Dammtor (8 bis 10 M); Hotel Mählmann, Kirchenallee 33 (18 M m. Fr.); Bremer Hof, Amsinckstraße 13-14 (12 M); Hotel Graf Moltke, Steindamm 1 (14 bis 18 M); Hotel International, Bremerreihe 10 (15 M m. Fr.); Hotel zur Krone, Schäferkampsallee 58 (Eimsbüttel) (8 bis 10 M); Hotel Lengenfeldt, Holzdamm 53 (15 M); Holzdammer Hof, Holzdamm 49 (18 M); Hotel Nuppnau, Holzdamm 57 (15 M); Hotel Rann, Lange Mühren 12 (8 bis 12 M); Pariser Hof, Holzdamm 55 (15 M); Hotel Union, Amsinckstr. 1-3 (16 M m. Fr.). Die angegebenen Zimmerpreise (m. Fr. = mit Frühstück) galten im März und sind für den Mai nicht verbindlich. Überall muß rechtzeitig vorbestellt werden, am besten acht bis zehn Tage vorher. Reisebrotmarken sind sehr wichtig, Fleischmarken erwünscht. Etwas Mundvorrat zum Frühstück usw. mitzubringen, ist dem, der hierzu in der Lage ist, anzuraten.

Der Verein zur Förderung des Fremdenverkehrs in Hamburg, Bornstr. 6, hat einen zweckmäßigen Stadtplan mit kleinem Führer herausgegeben (Preis 50 Pf.), der unter Einsendung von 60 Pf. (mit Versandporto, am einfachsten in Briefmarken) bestellt werden kann.

Der Vorstand:

Bonhöffer. Kraepelin. Laehr. Siemens. Tuczek. Wagner v. Jauregg.

— **Zur Psychiater-Versammlung in Hamburg.** Herausgeber und Verlag dieser Zeitschrift beabsichtigen freundlichst, zur Versammlung eine Nummer über die Hamburger Irrenfürsorge erscheinen zu lassen. Es sei jedoch gestattet, angesichts der ungünstigen Zeitverhältnisse, unter denen die Versammlung stattfindet, heute schon einiges zur Ergänzung des Programmes mitzuteilen.

Wer über die für heutzutage in allen größeren Städten herrschenden Hotelverhältnisse einigermaßen Bescheid weiß, wird sich über die Preise nicht wunde[rn]. Lebhaft zu empfehlen ist Vorbestellung des Zimm[ers] 8 bis 14 Tage vorher. Hat jemand Gelegenheit [zu] Privatquartier, so möge er es sich nicht entgehen lass[en]. Etwas Mundvorrat mitzubringen, war schon bei [den] Versammlungen während der letzten drei Jahre übl[ich] und ist namentlich Kollegen aus günstiger versorg[ten] Gegenden dringend anzuraten.

Nach Genehmigung durch die Behörde ladet die [An]stalt Friedrichsberg die Teilnehmer zu den einfac[hen] Frühstücken während der Sitzungen am 27. und 28. M[ai] zu Gast.

Die Zeit der Tagung ist für einen Besuch Hambu[rgs] die günstigste Jahreszeit, die Großstadt bietet trotz [der] schweren Zeitlage den Besuchern vielfache Anregu[ng] auch in künstlerischer, baulicher (Elbtunnel) und s[on]stiger Hinsicht (Hagenbecks Tierpark). Einzelne T[eil]nehmer wird es interessieren, daß sich Sonntags G[e]legenheit zu einer Fahrt nach Helgoland ergibt.

Über den Besuch der Anstalt Langenhorn wird w[äh]rend der Versammlung näheres bekanntgegeben. Man[che] Besucher würden sich wohl auch interessieren für [die] großen allgemeinen Krankenhäuser oder für die bekan[nte] etwa 1000 Plätze zählende Anstalt für Schwachsinn[ige] und Epileptische in Alsterdorf-Hamburg.

Weygandt

— Diejenigen Herren Vorsitzenden von **Irr[en]hilfsvereinen,** welche die Absicht haben, an der Jahr[es]versammlung in Hamburg teilzunehmen, werden [ge]beten, möglichst bald dem Vorsitzenden des sächsisc[hen] Irrenhilfsvereins, Obermedizinalrat Direktor Dr. Ack[er]mann, Großschweidnitz bei Löbau (Vol[ks]staat Sachsen), Nachricht zu geben, da beabsichtigt [ist,] Aussprachen und Beratungen über Irrenhilfsvereine h[er]beizuführen. Auch sonstige Herren Kollegen, die s[ich] für Irrenhilfsvereinswesen interessieren und nach Ha[m]burg kommen, werden gebeten, recht bald mit Ob[er]medizinalrat Dr. Ackermann in Verbindung tre[ten] zu wollen.

Der Minister für Volkswohlfahrt.
I M I 561

Berlin, den 11. März 19[20]

Auf Grund des § 8 Absatz 2 des Gesetzes, [be]treffend die Gebühren der Medizinalbeamten, v[om] 14. Juli 1909 (Gesetzsamml. S. 625) werden im Einv[er]nehmen mit dem Herrn Finanzminister und dem He[rrn] Justizminister die Sätze des Tarifs für die Gebühr[en] der Kreisärzte sowie des Tarifs für die Gebühren [der] Chemiker für gerichtliche und medizinalpolizeiliche V[er]richtungen (Anlagen I und II des Gesetzes) mit W[ir]kung vom 1. April 1920 an durchweg um 100 v. [H.] erhöht.

Der Erlaß wird in der Gesetzsammlung und [im] Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten veröffe[nt]licht werden. gez. Stegerwald.

— **Reichsverband.** Um den Einzelverbänden d[en] gegenseitigen Meinungsaustausch zu erleichtern, teil[en] wir ihre Anschriften mit:



Verband der Ärzte an den Ostpreußischen Provinzialanstalten: Oberarzt Dr. Krüger, Tapiau.

Verein der Schlesischen Provinzialirrenärzte: Oberarzt Dr. von Schuckmann, Plagwitz (Bober).

erband beamteter Pommerscher Irrenärzte: Oberarzt Dr. Banse, Lauenburg i. P.

erband der Ärzte an den Brandenburgischen Landesanstalten: Oberarzt Dr. Baumann, Landsberg a. W.

erband beamteter Irrenärzte der Provinz Hannover: Abteilungsarzt Dr. Frensdorf, Göttingen.

rband der Ärzte an den Westfälischen Heil- und Pflegeanstalten: Oberarzt Sanitätsrat Dr. Muermann, Eikelborn, Kreis Soest.

rband der Rheinischen Provinzialirrenärzte: Anstaltsarzt Dr. Koester, Düren i. Rheinland.

tsverband Nassau: Oberarzt Dr. Becker, Herborn, Reg.-Bez. Wiesbaden.

tsverband Schleswig: Oberarzt Dr. Straub, Schleswig, Flensburgerstr. 56.

tsverband Posen: Oberarzt Dr. Reimann, Obrawalde bei Meseritz.

ndesverein Bayrischer Anstaltsärzte: Anstaltsarzt Dr. Entress, Eglfing bei München.

ndesverein Badischer Anstaltsärzte: Oberarzt Dr. Roemer, Heilanstalt bei Konstanz.

ndesverein Sächsischer Anstaltsärzte: Anstaltsarzt Dr. Maaß, Leipzig-Dösen, Postscheckkonto Leipzig 58055.

ein Württembergischer beamteter Irrenärzte: Medizinalrat Direktor Dr. Groß, Schussenried.

rband der Ärzte Hessischer Heil- und Pflegeanstalten: Oberarzt Dr. Dannenberger, Philippshospital bei Goddelau, Hessen.

nburger Verband: Abteilungsarzt Dr. Rautenberg, Hamburg-Friedrichsberg.

sverband Anhalt: Anstaltsarzt Dr. A. Neuendorff, Bernburg.

Die nicht aufgeführten Verbände haben ihren Namen, chrift und Mitgliederzahl noch nicht angegeben.

Der Bund höherer Beamter hat in der Sitg des Gesamtvorstandes vom 20. April 1920 die nahme des Reichsverbandes beschlossen. Damit ert ohne weiteres die Mitgliedschaft eines jeden elverbandes. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 0,25 M pro Person im Vierteljahr, er wird vorläufig von der Kasse des R. V. getragen werden. Es wird dringend gewünscht, daß jede Anstalt mindestens ein Exemplar der „Zeitschrift des Bundes höherer Beamter" (2,50 M pro Jahr) hält, da dort alles Wissenswerte veröffentlicht wird und es unmöglich ist, den einzelnen Verbänden oder gar Anstalten regelmäßig von hier aus Bericht zu erstatten. Bestellungen auf die Zeitschrift, Satzungen und andere Druckschriften des Bundes sind an die Geschäftsstelle in Berlin-Steglitz, Grillparzerstr. 15, zu richten.

Besoldungsreform. Die Verbände werden dringend gebeten, den Vorstand über den Stand ihrer Verhandlungen mit den Behörden auf dem laufenden zu halten. I. A.: Dr. Hussels, Schriftführer.

— **Sanitätsrat Dr. Karl Edels Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke** zu Charlottenburg. Auf die kürzliche Rundfrage betreffend ev. Heizungsschwierigkeiten und getroffene Maßnahmen kann ich nur berichten, daß wir Gott sei Dank bisher ausreichend beliefert worden sind. Wir waren daher in der Lage, die meisten Räume ausreichend zu erwärmen. Nur haben wir die Dauerbäder einschränken müssen und konnten nur täglich zwei Stunden warmes Wasser liefern; auch mußte der Wäschereibetrieb, soweit Dampfbetrieb in Frage kam, auf zwei Tage in der Woche beschränkt werden. Der Einbau von Luftzuführungsröhren und Gebläse in die Zentralkessel hat die erhoffte bessere Verbrennung der an und für sich schlechteren Steinkohle nicht bewirkt und daher kaum eine Ersparnis mit sich gebracht. Holz war reichlich vorhanden, da ich vor kurzem noch eine Schiffsladung günstig erworben hatte, auch die Bäume der Gärten beschnitten werden mußten, um mehr Sonnenlicht in die Gärten zu bringen. Für ev. Streiks und Versagen des elektrischen Lichtes habe ich Kerzen und Karbid vorgesehen. Auf den Stationen, die noch mit Gaslicht versehen sind, wurde bei dem letzten Streik mit Erfolg hiervon Gebrauch gemacht.

Personalnachrichten.

— **Frankfurt a. M.** Der als Nachfolger von Geheimrat Sioli nach Frankfurt berufene Prof. Kleist ist in Mülhausen i. E. am 31. Januar 1879 geboren. Nach





Abschluß des Universitätsstudiums war er von 1903 bis 1908 Assistent an der psychiatrischen und Nervenklinik in Halle, zuerst unter Ziehen, dann unter Wernicke, zuletzt unter Anton. Nach je halbjährigem Studienaufenthalt in Frankfurt, wo er an Edingers neurologischem Institut und im psychologischen Institut der damaligen Handelshochschule arbeitete, und in München, wo er bei Kraepelin hörte und in Alzheimers Laboratorium tätig war, ging er 1909 nach Erlangen als Oberarzt der dortigen psychiatrischen Klinik. (Prof. Specht). Dort habilitierte er sich im Sommer 1909 und wurde 1915 außerordentlicher Professor. Während der beiden ersten Kriegsjahre leitete er die Nervenabteilung eines Kriegslazarettes im Westen. Im Herbst 1916 wurde er als Ordinarius der Psychiatrie und Neurologie nach Rostock und als Leiter der Heilanstalt und Klinik Gehlsheim bei Rostock gerufen.

— **Schleswig.** Oberarzt Dr. Weißenborn ist am 26. April gestorben.

Merksprüche für die Leser in Krankenhaus-Bibliotheken.[1])

Merke!

Das Buch zum Leser spricht:
Bekritz'le und zerreiß mich nicht,
Behandle mich so, als wär' ich dein Eigen!
Wie könnte ich sonst mich noch nützlich zeigen?
Gib mich auch nicht an andere weiter
Denn du liebst den „Ernst", dein Nachbar da „Heiter",
Nicht immer, so stimmt es, schickt eins sich für alle!
Auch — merke es dir! — du bist (in dem Falle,
Ich würde zugrunde gerichtet)
Zum Schadenersatze verpflichtet,

[1]) Zum Einkleben oder Einlegen in die Bücher. Ein geführt im Sanatorium Dr. Edel, Charlottenburg. M. E.





ind dir fällt es zur Last,
Venn du mich verloren hast!
n vierzehn Tagen jedermann
lich ausgelesen haben kann,
Vär' ich auch noch so dick:
ann gib mich zurück!
ranken, bis sie gesunden,
Vill ich helfen in trüben Stunden:
ielleicht, daß dankbar du daran denkst
nd ihnen zu Lieb' ein Büchlein schenkst!
Das" — werden die sagen — „war gut gemacht!" —
rum wird auch deiner gern gedacht. E. J.

Berichtigung.

Auf Seite 390 Jahrgang XXI dieser Wochenschrift muß es in der linken Spalte statt Heppenheim heißen: Emmendingen.

Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schriftleitung resp. den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



F. Schottke, Seefischgroßhandlung

Fernruf 908 Gegründet 1885 Telegramm-Adresse: „Schottke“

Geestemünde - Fischereihafen

Langjähriger Fabrikant zahlreicher Heil- und Pflegeanstalten empfiehlt



alle Sorten feinste Seefische, Räucherwaren und Marinaden



Referenzen: Die Herren Direktoren erster Heil- und Pflegeanstalten.

Lieferant für Hotels u. Lazarette Krankenhäuser Garnisonverwaltg. Kantinen

Grosse Kochtöpfe

1a Emaille, extr. schwer u. stark

bis zu 70 Liter Inhalt,

ferner sämtliche

Emaille-Geschirre

für Küche u. Haus

Paul Schwenkert

Dessau

Carl Marhold Verlags-buchhandlung in Halle a. S.

Leitfaden für Irrenpfleger

von

Dr. Ludwig Scholz,

weil. Direktor a. D. der Prov.-Irre und Indiotenanstalt Kosten i. Pose

13. Auflage.

Vom Deutschen Verein für Psychiatrie gekrönte Preisschrift.

Preis kart. M. 2,20

und 30 v. H. T.-Z.

Bei Bezug von 25 Exemplaren an M 1,50 und 30 v. H. T.-Z.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEILANSTALT PÜTZCHEN

TELEFON AMT BONN 229 gegenüber **BONN** am Rhein 229 TELEFON AMT BONN



NERVEN- UND GEMÜTS- KRANKE

FÜR ... DER GEBILDETEN STÄNDE

Bes. u. Dirig. Arzt: Dr. A. Peipers

estschrift anläßlich der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Hamburg, am 27. und 28. Mai 1920.

reiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 7/8. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Festschrift anläßlich der Jahresversammlung des **Deutschen Vereins für Psychiatrie, Hamburg,** am 27. und 28. Mai 1920.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Nr. 7/8. 22. Mai **1920/21.**

Bezugspreis: M 5,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Die Entwicklung der Hamburger Irrenfürsorge.

Die Vertretung unseres Standes und unserer Wissenschaft, der Deutsche Verein für Psyhiatrie, tagt nach einer Pause von 25 Jahren wieer einmal in Hamburg. Dank freundlichen Entegenkommens des Herausgebers und Verlegers ieser Zeitschrift soll ein Rückblick über die Irrenrsorge des Staates Hamburg gegeben werden, e infolge der Sonderstellung des Stadtstaates anche eigenartigen Züge aufweist.

Die Irrenpflege hat sich in Hamburg, wie allemein in Deutschland, aus bescheidensten Aningen entwickelt. Vom 14. Jahrhundert wird behtet, daß in einem Befestigungsturm in der tadtmauer Unterkunft für Geisteskranke vorgehen war, im vierten Stockwerk, über 90 Stufen och, zunächst für 4 Irre, die dort verwahrt wurden, ost und Kleidung, doch keine ärztliche Behandlung hielten; unterhalb dieser Räume waren Verrecher eingesperrt. Diese sogenannte Doorhenste, Tollkiste oder Cista stolidorum lag zwischen rokspforte am Ausgang der Brandstwiete und em Katharinenkirchhof, wo 1535 das Zippelhaus rbaut wurde. Schon 1375 liegen Stadtrechnungen er die äußerst geringen Kosten vor. Die Hausmutter oder Schließerin Christine erhielt 1461 für das ganze Jahr nur 14 Taler 8 sol.

Von Anfang des 16. Jahrhunderts ab wurden die Geisteskranken wieder in einem anderen Stadtbefestigungsturm untergebracht in der Nähe des dicht vor dem Millerntor gelegenen Heiligengeisthospitals, das vom 14. bis 17. Jahrhundert als das eigentliche Stadtkrankenhaus diente; die Verköstigung der Irren erfolgte von dem Spital aus.

Ausnahmsweise sind wohl im 17. Jahrhundert Geisteskranke auch in der Roggenkiste verwahrt worden, im oberen dritten Stockwerk eines Befestigungsturmes am Meßberg.

1606 wurde zunächst zur Aufnahme von siechen Kranken der Pesthof vor der Stadt, zwischen Millerntor und Altona, errichtet, der zur Aufnahme von 700 bis 900 Armen, Kranken, Bresthaften, Blödsinnigen und Veralterten diente. Seit 1683 wurden dort die Geisteskranken untergebracht, soweit sie nicht in das Kriminalgefängnis Spinnhaus kamen. Im wesentlichen wurde der Betrieb durch milde Gaben erhalten, doch flossen auch einige Kostgelder zu. Es wurde berichtet, daß die Krankensäle wohl eingerichtet, aber zu niedrig seien, daher sei die

Luft nur selten rein, außerdem soll der rund um die Lazarettgebäude gezogene Graben faulende Dünste von sich gegeben haben. Von den Schwergeisteskranken heißt es: „Die Rasenden werden an ihrem Bettlager unter beständiger Aufsicht bei Tag und Nacht mit Ketten befestigt." Die Geschlechter waren getrennt, im allgemeinen jedoch wurden zweischläfrige Betten benutzt; gegen Bezahlung konnte ein Kranker auch eine kleine Stube für sich bekommen. Das Eßgerät der „Toren" bestand aus verzinntem Kupfer.

Der Betrieb lag in der Hand von Offizianten, insbesondere des Speisemeisters, der zugleich Wundarzt sein mußte. Der Heilarzt der Anstalt wohnte in der Stadt und erschien nur dreimal in der Woche.

Erwähnt sei, daß der Bürgermeister Peltzer von Osnabrück, der 1533 bis 1539 als Ketzerrichter viele Dutzende Menschen hinrichten ließ, sodann im Größenwahn zu Hamburg starb.

Das Beschwerdewesen war schon früh rege; so richteten am 6. November 1566 die Gebrüder Johann und Franz von Kalenberg eine Beschwerdeschrift an den Rat, in der sie sich bitter beklagen über die Einsperrung ihres Bruders, „den der allmächtige Herr Gott an seinen Sinnen gekrenket und geschwecket".

Von 1729 liegt ein ausführlicher Bericht des Dr. Lossau über die Gärtnerstochter Jehnfels vor, eine tuberkulöse, ekstatische Geisteskranke, die angeblich mehrere Jahre keine Nahrung aufnahm und keine Entleerungen hatte. Der Arzt verlegte sie auf den Pesthof, neun Ärzte bemühten sich um sie, alle möglichen Simulationsentlarvungsmittel wurden angewandt, Pulvis inquisitoris, Ekel- und Brechmittel, Nießmittel, Blasenpflaster, Drohungen und Rutenzüchtigung. Sie wurde in der für Tobsüchtige bestimmten Koje 14 beobachtet, die über einem sumpfigen Wasser errichtet, ganz finster war und nicht gelüftet werden konnte. 20 Wochen nahm sie nur etwas Bier und Milch, sonst nichts und magerte zum Skelett ab, dann fing sie an zu reden, sie wäre des Teufels, bedrohte die Anwesenden, auch Pastor und Küster. Vier Mann überwachten sie und der Küster mußte vor ihrem Bett geistliche Lieder singen. Darauf sei sie ruhiger geworden, ließ ab vom Teufel, nahm das Abendmahl und starb. Die vom Oberbarbier in Anwesenheit Dr. Lossaus ausgeführte Sektion ergab Lungenschwindsucht, chronische Meningitis und sehr viel Wasser in den Ventrikeln.

Weit bekannt wurde 1804 der Fall des Lizentiaten Rüsau, eines eigenartigen Mannes, der nach verschiedenen Berichten an Melancholie und Halluzinationen gelitten zu haben scheint und plötzlich in einem melancholischen Erregungszustand seine Frau und vier Kinder tötete. Die Physizi Dr. Schultze und Dr. Rambach faßten ihn in ihrem Gutachten als geisteskrank auf. Das Gericht forderte jedoch ein Gutachten von Gelehrten aller Fakultäten, insbesondere seitens des Rektors der Gelehrtenschule, Gurlith, worauf die Tat als ein durch wilden, religiösen Fanatismus motivierter Mord angesehen wurde. Nunmehr erfolgte die Hinrichtung Rüsaus durch das Rad. Die Beurteilung des Falles, der größtes Aufsehen erregte, so daß eine Wachsfigur Rüsaus heute noch als Panoptikumsschaustück dient, hing eng zusammen mit der weltfremden, philosophischen Auffassung der Geistesstörungen, wie sie auch von Kant vertreten wurde, der 1764 eine Theorie über diese Zustände aufstellte und in seiner Anthropologie 1798 ausführte, wobei er in § 41 nicht die medizinische, sondern die philosophische Fakultät als zuständig in forensisch-psychiatrischer Hinsicht erklärte. Bekanntlich sind damals Ärzte wie Reil, Metzger, Hofbauer dagegen aufgetreten.

1802 wurde in Hamburg von Dr. Georg Schuch ein Privatinstitut für Geisteskranke eröffnet.

Der alte Pesthof, später Krankenhof genannt, in St. Pauli, der 1810 104 Wahnsinnige und 36 Epileptische beherbergte, wurde am 2. Januar 1814 von den Franzosen niedergebrannt. Ein Teil der Kranken, besonders die Irren, wurde darauf in dem Lombardgebäude innerhalb der Bastion Diedericus untergebracht; dortselbst wurden die Räume vergrößert, so daß sie bis 1823 vorwiegend für Geisteskranke und schwierige chirurgische Fälle verwandt werden konnten.

Im zweiten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts legte der frühere Apotheker Deichmann in Barmbeck eine Privatirrenanstalt an, die der Gesundheitsrat kräftig zu fördern suchte; so leistete er 1819 einen beträchtlichen Beitrag zur Miete, die 1820 auf 900 Courant-Mark erhöht wurde. 18.. ging der Betrieb auf den Schwiegersohn und langjährigen Assistenten des Gründers, Röper, über, der ihn vergrößerte, 1842 nach Horn und später nach Ahrensburg verlegte.

Damals schon äußerte das Publikum lebhafte Besorgnis, daß Personen unter dem Vorwand geistiger Störung eingeliefert würden. Es wurde daher wiederholt auf den § 21 der 1818 erlassenen Medizinalordnung hingewiesen, wonach kein Kranker in eine Irrenanstalt gebracht werden soll ohne vorherige Physikatsuntersuchung. Es sollen Versuche nicht ordnungsmäßiger Internierung vorge-



kommen sein, insbesondere in einem Institut für Geisteskranke, das ein Praktikant Selbach 1822 in Billwärder bei Hamburg errichtet hatte, das aber wegen schlechter Verwaltung bald darauf durch den Gesundheitsrat geschlossen wurde. Später wurde der Betrieb jedoch wieder konzessioniert, doch ging er schließlich von selbst ein.

1823 wurde das großzügig angelegte Allgemeine Krankenhaus St. Georg eröffnet, das heute noch nach mehrfacher Modernisierung blüht. Auch die Geisteskranken fanden dort in Untererdgeschoßräumen eine ursprünglich nur provisorisch gedachte Unterkunft, während die bereits damals erörterten und 1825 vom Bürgermeister Abendroth empfohlenen Pläne eines getrennten Irrenhauses der Kosten wegen noch vertagt wurden.

Ein Senatsantrag 1834, daß gelegentlich der Entfestigung 50 000 Courant-Mark verwendet werden sollen, um durch Zuwerfen des Stadtgrabens am Lübecker Tor Platz für eine Irrenanstalt zu gewinnen, wurde von der Bürgerschaft abgelehnt; Dr. Roller, Direktor der Irrenanstalt Illenau, hatte sich mit Recht gegen den Bauplatz ausgesprochen. Später klagte die Krankenhausverwaltung im Jahresbericht über bedenkliche Übelstände infolge der Irrenunterbringung.

Am 25. November 1840 wurde für 33 887,11 M Banco ein Platz in Barmbeck für die künftige Irrenanstalt gekauft, doch kam es wegen finanzieller Schwierigkeiten noch lange nicht zum Bau, auch erhielt sich der Gesundheitsrat geraume Zeit passiv.

Ein Bauplan von Baudirektor Wimmel, der die Wohn- und Schlafzimmer vieler Kranker noch in Kellerräumen unterbringen wollte, wurde von dem Krankenhausleiter Dr. Bülau abgelehnt. Ein Gutachten Dr. Rollers empfahl, nur 350 Kranke in der Anstalt unterzubringen und die Blöden und Unheilbaren auszuschließen.

1858 erschien eine Schrift von Dr. Julius, in der die hervorragendsten Irrenärzte Deutschlands, wie Medizinalrat Damerow in Halle, Medizinalrat Flemming in Sachsenberg, Dr. Hoffmann in Frankfurt, Medizinalrat Jacobi in Siegburg, Dr. Meier in Bremen, Medizinalrat Zeller in Winnenthal u. a. zu Worte kamen und die Errichtung einer besonderen Irrenanstalt für Hamburg als Ehrenpflicht bezeichneten. Etwas Antrieb gab noch das Legat der Witwe Rücker von 10 000 Courant-Mark, das nur verfügbar sein sollte, wenn von 1856 ab in 10 Jahren eine Irrenanstalt erbaut würde.

Die Pläne gewannen greifbare Gestalt durch die Berufung von Ludwig Meyer zum Oberarzt der Irrenstation in St. Georg. Am 28. Februar 1827 in Bielefeld geboren, verließ er 17jährig das Gymnasium in Paderborn, wollte erst Feldmesser werden, begann 1848 das Studium der Medizin, betätigte sich auch als Freiheitskämpfer, trat nach dem Staatsexamen 1853 als Assistent in die Irrenabteilung der Berliner Charité, wurde bald darauf 2. Arzt an der Irrenanstalt in Schwetz und 1857 Oberarzt an der psychiatrischen Klinik der Charité, worauf er sich im folgenden Jahr als Privatdozent habilitierte. In Hamburg trat er hervor als Vorkämpfer für das No-restraint-System, beseitigte bereits in der alten Irrenabteilung alle Zwangsmittel und ließ den Bestand an Zwangsjacken öffentlich versteigern.

1860 erschien ein Aufruf von Ärzten und „Provisoren" des Krankenhauses, Subskriptionsbögen erzielten namhafte Summen, und am 3. August 1860 wurde vom Senat eine 7köpfige Kommission eingesetzt. Man plante eine Zentralanstalt für 200 heilbare und besserungsfähige Kranke und ein Pensionat für 40 zahlungsfähige Kranke. Der Plan von Ludwig Meyer und dem Architekten Timmermann erschien der Bürgerschaft nicht einfach und schmucklos genug, und es wurden die Kellerräume des Krankenhauses noch als hinreichend hell und luftig für geistig sieche Frauen angesehen. Zu rühmen ist, daß damals schon als günstige Vorbedingung einer Heilung die Erleichterung der Aufnahme in die Anstalt bezeichnet wurde.

Am 5. Dezember 1861 wurde der Grundstein zur Irrenanstalt Friedrichsberg gelegt, und am 20. Oktober 1864 erfolgte ihre Übergabe an das Krankenhauskollegium. Die Baukosten betrugen 881 154 M Banco, wovon mehr als die Hälfte durch Legate und freiwillige Spenden aufgebracht worden waren. Am 17. November wurden die ersten Kranken aufgenommen, deren einer noch das 50jährige Anstaltsjubiläum mitfeiern konnte. Eine wenige Tage darauf aus St. Georg überwiesene Kranke, die dort schon etwa 10 Jahre in den Kellerräumen gesessen hatte, lebt heute noch.

Die ältesten Bauten, das Hauptgebäude, das jetzt für Frauen Klasse A und I dienende Pensionat und das Direktorwohnhaus sind heute noch in Betrieb. Auf Gitterfenster war fast durchweg verzichtet worden, und im ersten Jahresbericht betonte Ludwig Meyer: „Unsere Irrenanstalt war die erste deutsche Anstalt, in deren Ausrüstung die Zwangsmittel keinen Platz erhalten haben."

1866 bereits wurde der geniale Organisator nach Göttingen als Direktor der Provinzial-Heil- und



Pflegeanstalt, sowie der psychiatrischen Universitätsklinik berufen, wo er bekanntlich bis 1900 gewirkt hat. Sein mehrjähriger Mitarbeiter Dr. Wilhelm Reye übernahm darauf als Oberarzt die Leitung Friedrichsbergs, die er, später als Direktor und Professor, bis 31. März 1908, führte. Geboren am 22. Juni 1833 in Hamburg, promovierte er 1855, besuchte zur Ausbildung Wien und Prag, bestand das damalige Hamburger Staatsexamen und wurde von 1850 ab Assistenzarzt am Allgemeinen Krankenhaus, zunächst auf der chirurgischen, dann auf der medizinischen Abteilung, schließlich auf der Abteilung für Geisteskranke, als Ludwig Meyer diese übernahm. Nach Eröffnung Friedrichsbergs versorgte Reye zunächst die im Krankenhaus zurückbleibenden, chronischen Geisteskranken als externer Sekundärarzt. Unter seiner Leitung ist die bei seinem Dienstantritt 264 Kranke zählende Anstalt zu einer der größten Deutschlands herangewachsen, unter allmählicher Anpassung des Betriebs an bewährte Neuerungen, wie die Behandlung in Wachsälen. Unermüdlich fürsorgend wirkte er in freundlicher Weise für die Kranken bis in sein hohes Alter; nach kurzem otium cum dignitate verschied er sanft am 15. Februar 1912.

Schon Juli 1866 wurde in Friedrichsberg der sogenannte Zellenbau errichtet, ein in H-Form gehaltener, größtenteils einstöckiger Bau, der etwa 34 Einzelzellen enthielt und die unruhigen Irren aus dem Krankenhaus übernahm, in dem nun nur noch die siechen Irren, sowie die idiotischen Kinder zurückblieben.

Die wachsende Bevölkerungszahl und der Wunsch, aus dem Allgemeinen Krankenhaus die Irrenabteilung ganz zu entfernen, führte 1878 bis 1885 zur Errichtung von elf sogenannten Siechenhäusern für je 60 Kranke. Die Irrenabteilung des Allgemeinen Krankenhauses und die im Werk- und Armenhaus konnten 1879 aufgehoben werden. In demselben Jahr wurde noch ein Pensionat für die 1. und 2. Klasse errichtet. 1897-98 kamen noch zwei Pavillons für ruhige Kranke der 3. Verpflegsklasse (bei vier Klassen) hinzu; außerdem wurden 1892 zwei Baracken aufgestellt und auch vor zehn Jahren waren noch zwei weitere Baracken provisorisch notwendig geworden. Auch größere Wirtschaftsbauten, wie Waschhaus, Wasserturm, ferner ein Konzerthaus mit Festsaal wurden errichtet.

1888 erfolgte die Gründung der Irrenkolonie Langenhorn, das heute zu einer der größten Anstalten geworden ist, die an anderer Stelle des Heftes beschrieben werden soll.

In der Hamburger Choleraepidemie 1892 erkrankten 123 Geisteskranke und 4 Pflegepersonen, es starben 63 Geisteskranke und 1 Pfleger.

1908 mußte das Anstaltsgelände eine Verkleinerung um etwa 4 ha erleiden.

An der Spitze der Verwaltung standen 1864 bis 1895 Inspektor Taubmann, von da bis 1903 Verwalter Merckenschlager, seitdem Verwalter Ploog. Von bekannten Ärzten, die zeitweise in Friedrichsberg gewirkt haben, seien genannt Direktor Prof. Delbrück (Bremen), Oberarzt Halbey (Ückermünde), Oberarzt Heyse (Bernburg), Direktor Kortum (Berlin), Privatanstaltsbesitzer Dr. Lienau (Hamburg), Privatdozent Nießl von Mayendorf (Leipzig), Professor Oberg (Hamburg), Sanitätsrat Privatanstaltsbesitzer Offterdinger (Rellingen), Oberarzt Schnitzer (Stettin), Direktor Stoltenhoff (Kortau), Sanitätsrat Privatanstaltsbesitzer Weiler (Charlottenburg), Geh. Med.-Rat Prof. Wollenberg (Marburg).

Von anderen Fürsorgeeinrichtungen Hamburgs für psychisch Abnorme außer Friedrichsberg und Langenhorn sind zu nennen:

Die Alsterdorfer Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und Krüppel, 1863 eröffnet, mit etwa 1000 Plätzen, unter Leitung von Pastor Stritter. Mit einem anderen Arzt wirkt als Oberarzt Prof. Dr. Kellner. Es bestehen drei Verpflegsklassen. Die einem Kuratorium unterstehende Anstalt wird vorwiegend durch Kostgelder und Liebesgaben unterhalten.

Die Privatheilanstalt Eichenhain für Nerven- und Gemütskranke, im Stadtteil Eimsbüttel, 1875 eröffnet, vor dem Kriege in moderner Art umgebaut, 40 bis 45 Plätze; Besitzer und Leiter der Arzt Dr. Lienau.

Weygandt.

Friedrichsberg in der Gegenwart.

Kurz sei eine Beschreibung des gegenwärtigen Zustandes der Anstalt versucht, wie er sich aus der Entwickelungsperiode der letzten zwölf Jahre ergeben hat.

Als ich 1908 meinen Dienst antrat, sagte mir der damalige Präses des Krankenhauskollegiums, Bürgermeister Dr. Schröder, unter dessen langjähriger Leitung die Gesamtheit der staatlichen Krankenhäuser Hamburgs einen gewaltigen Aufschwung genommen hat, daß er während der letzten Jahre vorzugsweise den Ausbau Langenhorns gefördert habe, jetzt aber die Zeit für gekommen erachte, mit aller Energie und ausreichenden Mitteln einen zeitgemäßen Umbau und Reorganisation

der Anstalt Friedrichsberg zu einer mustergültigen und Hamburgs würdigen Anstalt anzustreben.

Es wurde sofort mit der Ausarbeitung der Pläne eines durchgreifenden Umbaues begonnen, nachdem die Frage, ob nicht ein Neubau außerhalb Hamburgs einem Umbau der alten Anstalt vorzuziehen sei, auf grund reiflicher Erwägung verneint worden war. Den Ausschlag gab die Rücksicht darauf, daß gerade die ältesten Bauten zum größten Teil noch für ihre Zwecke vorzüglich geeignet waren, daß die Großstadt eine geräumige Aufnahmeanstalt von mehreren hundert Betten für die frisch Erkrankten nötig hat; außerdem sprach dafür der rege Verkehr der Anstalt mit den Gerichten hinsichtlich forensischer Fälle, die Heranziehung der Anstalt zum ärztlichen Fortbildungswesen und schließlich auch die Rücksicht auf den familiären Sinn der Bevölkerung, die möglichste Besuchserleichterung wünscht. Am 12. Juli 1911 genehmigte die Bürgerschaft für den Umbau 4 710 500 M, später für Inventar 853 148 M.

Staatskrankenanstalt Friedrichsberg,
Lageplan

1:800

DEHNHAIDE

FRIEDRICHSBERGER STRASSE

EILBECKTAL

Vorortsbahn

N W O S

Erklärung:

Im Hauptgebäude:
- 1a Offene Abteilung für Männer
- 1b u. c Ruhige Männer-Abteilungen 1 u. 2
- 2a Offene Abteilung für Frauen
- 2b u. c Ruhige Frauen-Abteilungen 1 u. 2

- 3 Männerpensionat
- 4 Fr[illegible]uenpensionat
- 5 Pavillon II. Klasse für ruhige Männer
- 6 Pavillon II. Klasse für ruhige Frauen
- 7 Haus für unruhige Männer
- 8 Haus für unruhige Frauen
- 9 Aufnahme-Abteilung für Männer
- 10 Aufnahme-Abteilung für Frauen
- 11 Lazarett f. Männer
- 12 Lazarett f. Frauen
- 13 Offenes Haus für Männer
- 14 Offenes Haus für Frauen
- 15 Männerpflegehaus 1
- 16 Frauenpflegehaus 1
- 17 Männerpflegehaus 2
- 18 Frauenpflegehaus 2
- 19 Männerpflegehaus 3
- 20 Frauenpflegehaus 3
- 21 Männerpflegehaus 4
- 22 Frauenpflegehaus 5
- 23 Männerpflegehaus 5
- 24 Frauenpflegehaus 6
- 25 Männerpflegehaus 6
- 26 Leichenhaus
- 27 Festsaal
- 28 Kegelbahn
- 29 Haus Deseniß für Jugendliche
- 30 Alte Baracke für Versuchstiere
- 31 Verwaltungsgebäude
- 32 Küchengebäude
- 33 Maschinen- u. Kesselhaus
- 34 Waschhaus
- 35 Gewächshaus
- 36, 37, 38 Werkstattgebäude
- 39 W[illegible]tschafts- und Stallgebäude
- 40 Wasserturm
- 41 Direktor-Wohnhaus
- 42 Wohnhaus für den 1. Oberarzt
- 43 Wohnhaus für den 2. Oberarzt
- 44 Wohnhaus für den Mechaniker
- 45 Pförtnerhäuschen
- 46 Wildgarten
- 47 Teichanlage
- 48 Gärtnereianlage
- B Vorortbahnhof

Die Anstalt hat noch ein Gelände von 24,6 ha, das in ungefähr quadratischer Gestalt sich sanft nach dem Flüßchen Eilbeck zu neigt. Im Mittelpunkt liegt das große Hauptgebäude, das ursprünglich die meisten Geisteskranken, aber auch alle Bureaus, Kasse, Kirche, Wohnung des Verwalters und einiger Ärzte, sowie im Anbau die Küchen umfaßte. Der 150 m lange Vorderbau ist in seiner Mitte dreistöckig, seitlich zweistöckig;



nach Norden erstrecken sich zwei Flügel von 63 m Länge.

Zurzeit dient der Vorderbau nur noch im Erdgeschoß des Mittelbaues und in seinen Seitenteilen für die Krankenunterbringung, und zwar enthält er die beiden offenen Abteilungen für psychisch-nervöse Kranke mit je 25 bis 30 Betten und zahlreichen Nebenräumen für Untersuchungs- und Behandlungszwecke. Alle übrigen Räume dienen der Wissenschaft. Im ersten Stockwerk des Mittelbaues befindet sich der geräumige, gegen hundert Hörer fassende Hörsaal, das Lesezimmer, die Bibliothek mit vier Räumen und mehrere Räume für klinisch-wissenschaftliche Zwecke. Das zweite Stockwerk des gesamten Vorderbaues enthält die Laboratorien, die später noch besonders beschrieben werden. Ein Aufzug verbindet alle Stockwerke bis zum Untererdgeschoß, in dem unter anderem die mikrophotographischen Räume liegen. Im Mittelanbau nach Norden enthält das Erdgeschoß die Apotheke (Dispensierstube) und das Röntgenlaboratorium, das Obergeschoß die Kirche mit Nebenräumen. Die Seitenflügel des Hauptgebäudes enthalten in den beiden Stockwerken je zwei Abteilungen, die für je 50 ruhige, beschäftigungsfähige Kranke bestimmt sind. Das Untererdgeschoß, das früher die hauptsächlichsten Werkstätten und Magazine beherbergte, wird zum Teil noch für Krankenbeschäftigungszwecke mitbenutzt; das Dachgeschoß ist im Vorderbau zu Laboratorien und Sammlungsräumen ausgebaut, doch können auch die Räume der Seitenflügel dazu herangezogen werden.

Nördlich an das Hauptgebäude waren ursprünglich die Küchenanlagen direkt angebaut, weiterhin das Kesselhaus, ein Zentralbad und das Kohlenlager. Während die früheren Küchenräume jetzt als Gemüseputzräume und als Lagerräume Verwendung finden, wurde alles übrige abgerissen und an dessen Stelle ein modernes Küchen- und Magazingebäude errichtet.

Die Dampfkochküche enthält 14 Dampfkochkessel von 200 bis 1100 l Fassungsvermögen, sowie große Wärmetische; die Nickelkessel mußten für Heereszwecke abgeliefert werden. Es schließt sich an die modern eingerichtete Schlachterei. Nach Norden liegt die Gasküche, in der gebratene Speisen und die Kost für die beiden obersten Verpflegsklassen, die Diätkost, sowie die Kost für das Militärlazarett bereitet werden. Sie enthält zwei große Gasherde, 24 Gasbratöfen, 3 Dampfkochtöpfe von 150 bis 200 l Inhalt, 10 dampfgeheizte Kippkessel, mehrere Wärmeschränke und eine Reihe elektrisch betriebener Küchenhilfsmaschinen. Die Einrichtung der Küchen wurde von den Senkingwerken geliefert. Jede der beiden Küchen hat zwei Essenausgabestellen, eine für die Männer-, eine für die Frauenseite, außerdem eine Reihe von Nebenräumen.

Im Keller finden sich eine mit Kohlensäure arbeitende Kühlanlage für die dort befindlichen Fleischräume, Eiskeller und Milchkammer, ferner Gemüseputzräume. Zwei elektrische Aufzüge führen von hier durch das Küchengeschoß nach den beiden Obergeschossen, in denen die Vorräte magaziniert sind und das Ökonomiebureau untergebracht ist.

Der früher nördlich vom Hauptgebäude liegende Zellenbau verfiel dem Abbruch, da natürlich in erster Linie für die am schwersten Erkrankten, die Erregten, möglichst moderne Unterkunft geschafft werden mußte und ein Umbau des veralteten, wenn auch später durch zwei Wachsäle vergrößerten Baues unzweckmäßig erschien. Leider konnte infolge der Kriegsjahre, die den Umbau noch etwas verzögert haben, der letzte Materialrest des Altbaues noch nicht vollständig beseitigt werden. Nördlich davon, in dem früheren Gemüsegarten sind fünf der wichtigsten Neubauten für Krankenzwecke errichtet worden; Haus 7 und 8 dienen für unruhige Männer bzw. Frauen, Haus 9 und 10 als Aufnahmeabteilung für Männer bzw. Frauen, Haus 12 für körperlich hinfällige geisteskranke Frauen, während die Männer letzterer Art in dem etwas abseits liegenden Haus 11 untergebracht sind. Es liegt die Idee zugrunde, daß jeder Pavillon für die in ihm untergebrachte Art von Kranken besonders geeignet sein soll. Die Häuser für Unruhige enthalten in ihren beiden Hauptgeschossen nach Süden eine stattliche Reihe von Nebenräumen, Teeküche, Besuchsräume, Magazin, Pflegerzimmer, Dauerbadräume, auch Tagesräume. Im mittleren Teil sind vier mäßig große Wachsäle untergebracht, ursprünglich für je sechs bis sieben Kranke vorgesehen, so daß die gegenseitige Störung der erregten Kranken möglichst gering sein sollte. Die Zusammendrängung der Kranken infolge der Heiznot und anderer Umstände bedingt allerdings eine etwas stärkere Belegung. Jeder Wachsaal hat nach beiden Seiten große Fenster. Zwischen dem zweiten und dritten Wachsaal befinden sich ärztliche Untersuchungszimmer sowie Klosetts. Im nördlichen Teil der Gebäude finden sich ein größerer Saal, Baderaum, Nebenräume, und im Erdgeschoß eine Einzelzelle mit sehr großen Fenstern und guter Lüftung, die jedoch nur in den seltensten Ausnahmefällen zur Isolierung benutzt werden darf. Ursprünglich enthielt jedes Haus nicht weniger als

fünf Dauerbadräume zu je drei Wannen; mehr als drei erregte Kranke in einen Baderaum zu legen erscheint wegen der unvermeidlichen gegenseitigen Störung unzweckmäßig, auch kann eine Pflegeperson nicht mehr als drei unruhige Kranke beaufsichtigen. Ein Baderaum ist zurzeit außer Betrieb gesetzt. Die Wannen sind aus englischem Feuerton. Die beiden Längsseiten der Häuser haben große Liegehallen. Als humanste Fluchtsicherungsform sind versenkte Mauern hergestellt, die sich von der Sohle eines 1,75 m tiefen Grabens erheben und nach oben in ein 1,60 m hohes Drahtgitter übergehen. Nach Osten hat jedes der beiden Häuser einen derart umfriedigten Garten, nach Westen wird das unruhige Männerhaus noch einen solchen bekommen, während für das unruhige Frauenhaus ein von einer Hecke und eingelegtem Drahtgeflecht umgebener Garten ausreicht.

Die Häuser 9 und 10 waren ursprünglich für unruhige Kranke dritter (jetzt zweiter) Klasse gedacht, etwas opulenter ausgestattet und mit kleineren Wachsälen versehen. Infolge der Einführung der offenen Abteilungen mußten jetzt diese beiden Häuser die Aufnahmestationen übernehmen. Ihre Gärten sind umgeben von einer Rosendornhecke mit Drahtgeflechteinlage. Die Dauerbadräume sind mit je zwei Wannen ausgestattet.

Die Häuser 11 und 12 für körperlich hinfällige Geisteskranke, insbesondere Senile, Apoplektische, doch auch manche Paralysen usw., enthalten in jedem Hauptstockwerk auf jeder Seite einen großen Wachsaal, der für 14 bis 20 Betten ausreicht und von drei Seiten mit 8 riesigen Fenstern belichtet ist. Es schließen sich kleinere Krankenzimmer, Baderäume mit je vier Wannen und Nebenräume an. Nach Süden finden sich in jedem Stockwerk zwei direkt vom Wachsaal aus betretbare Liegehallen. In der Mitte des oberen Geschosses liegt ein großer Tagesraum. An Stelle einer Treppe dient für die gebrechlichen Kranken eine Rampe. Der Garten von Haus 11 ist mit einer Koniferenhecke, der von Haus 12 mit einer Wildrosenhecke umfriedigt.

Jeder der beschriebenen Neubauten ist ursprünglich für 60 bis 70 Kranke gedacht, doch vermag er auch bis zu 100 zu fassen.

Von neuen Krankenbauten sind noch zu nennen die beiden nahe der Peripherie gelegenen, ganz offenen Häuser 13 und 14, die je 30 bis 50 Kranke aufnehmen können, harmlose Irre, auch solche, die vor etwaiger Entlassung der Außenwelt und freien Bewegung anzunähern sind.

Ferner wurde in der Nähe des Bahnhofes ein Haus für Jugendliche errichtet, das benannt ist nach dem bürgerlichen Mitglied des Krankenhauskollegiums Desenіß, der lange Jahre unter der bisher üblichen Bezeichnung als „Provisor" in der Anstaltsverwaltung mitwirkte. Das Haus ist vor allem für solche Jugendliche bestimmt, bei denen durch eingehende ärztliche Beobachtung die zweckmäßigste Versorgung für das spätere Leben festgestellt werden soll, Fürsorgezöglinge, Leichtschwachsinnige, Erregte, Degenerierte usw. Nach Süden hat es einen großen Ziergarten, nach Norden für die Fluchtverdächtigen einen mit versenkter Mauer umfriedigten Spielplatz. Eine Lehrkraft, der zwei Unterrichtsräume zur Verfügung stehen, wird den Arzt unterstützen und für den Unterricht sorgen.

Von den älteren Bauten haben außer dem abgerissenen Zellenbau nur noch die Baracken weichen müssen, deren eine für Gärtnerei- und andere Zwecke benutzt wird, während eine andere längere Zeit für die Versuchstiere verwandt wurde.

In den größeren Neubauten wurden die hohen Dachgeschosse teils zu Pflegerräumen verwandt, zum Teil auch als Familienwohnungen für Ärzte und einen Inspektor ausgebaut.

An Krankenbauten bestehen noch die beiden großen, für die obersten Verpflegklassen (A und I) bestimmten Pensionate, die mit einem neuen Flügel versehen worden sind. Ruhige Kranke der Klasse A haben ein Zimmer für sich. Dauernd Überwachungsbedürftige sind zum Teil auch in einzelnen Zimmern untergebracht, doch sind mehrere Zimmer meist durch Zwischentüren verbunden, so daß eine Pflegeperson ausreicht, während die früher übliche Überwachung eines Schwerkranken durch eine Pflegeperson bei den heutigen Verhältnissen unerschwingliche Kosten (über 80 M täglich) verursachen würde. In dem Neubau finden sich ziemlich geräumige, stark belegte Wachräume, sowie je zwei nebeneinanderliegende Dauerbadzimmer, jedes mit drei Wannen. Im Obergeschoß sind mehrere Zimmer, die für ganz harmlose, nicht überwachungsbedürftige Kranke bestimmt sind, sowie ein großer Unterhaltungssaal. Weiterhin gehören zu den Pensionaten noch eine Reihe von Gesellschaftszimmern, die nötigen Nebenräume, mehrere Veranden und recht geräumige, gärtnerisch mannigfach ausgestattete Gärten. Zeitweilig waren über 80 Kranke in einem der Pensionate.

Schließlich sind noch die zwei Pavillons für je 30 ruhige Kranke der zweiten Klasse zu erwähnen.

Die elf Pflegehäuser, früher Siechenhäuser genannt, sind trotz bescheidener Einrichtung



noch für den Krankenbetrieb brauchbar, doch zurzeit nur zum Teil mit Geisteskranken belegt.

Weygandt.

Von 1911 bis 1914 wurden die technischen Einrichtungen vollständig erneuert. Die wichtigsten neuen Gebäude, das alte Hauptgebäude und ein Pflegehaus sind mit Niederdruckdampfheizung ausgestattet und durch begehbare Fernheizkanäle von 2 m Höhe verbunden. Die Pensionate sind durch bekriechbare Kanäle angeschlossen. Auch die älteren Gebäude wurden mit neuzeitlichen Heizanlagen und Badeeinrichtungen versehen. Es wurde Warmwasserversorgung eingeführt und die ganze Anstalt vom Maschinenhaus aus mit elektrischem Licht und elektrischer Kraft versorgt.

Im neuen Maschinenhaus können sechs Dampfkessel von je 250 qm Heizfläche stündlich 15 000 kg Dampf für alle Anstaltszwecke erzeugen. Sämtliche Betriebsabteilungen, insbesondere auch Küche und Waschhaus, sind an die neue Dampfkesselzentrale angeschlossen.

Die Dampfkessel liefern Dampf von 10 kg Überdruck je qcm, der mit diesem vollen Druck für die Dynamo-Dampfmaschinen und die Kesselspeisepumpen verwendet wird, während für alle übrigen Betriebszwecke wie Küchenbetrieb, Waschhausbetrieb, Fernheizanlage, Heißwasserbereitung, Desinfektion u. a. der Dampfdruck durch selbsttätig wirkende Druckminderventile je nach Verbrauchszweck herabgemindert wird. Im Kesselhause erfährt der diesen verschiedenen Zwecken dienende Dampf zunächst eine Druckminderung auf 6 kg/qcm. Mit diesem Druck wird der Dampf durch die in einer Gesamtlänge von rund 1200 m unterirdisch geführten Fernheizkanäle seinen Bestimmungs- und Verwendungsorten zugeführt. Im Ventilraum des Küchengebäudes befinden sich drei Druckminderapparate nebst Dampfverteilern, weil hier für Kochzwecke Dampfdruck von 0,5 kg/qcm, für Heizung der Wärmtische ein solcher von 1,0 kg/qcm und für die allgemeine Hausheizung ein Druck von 0,1 kg Überdruck gebraucht wird. Ähnlich ist die Einrichtung im Waschhause, wo die Dampfmangeln und die Trockenapparate mit 5 kg Druck, die Waschmaschinen mit 2 kg und die allgemeinen Heizungsanlagen mit 0,1 kg Überdruck betrieben werden. In allen übrigen Gebäuden wird der Dampfdruck zur Speisung der Niederdruck-Dampfheizungen auf 0,1 kg Überdruck herabgemindert.

Zur Erzeugung des für den Anstaltsbetrieb erforderlichen heißen Wassers sind im Kesselhause drei Heißwasserbereiter von je 17 000 Liter Inhalt aufgestellt. Jeder dieser Heißwasserbereiter [illegible] hält ein Heizrohrsystem, in welches entweder Abdampf der Dynamo-Dampfmaschinen oder, [illegible] keine Dampfmaschine in Betrieb ist, Frisch[illegible] geleitet wird und das von unten eintretende Leitungswasser erwärmt.

Die elektrische Licht- und Kraftzentral[illegible] Anstalt ist in der an das Kesselhaus ange[illegible] Maschinenhalle untergebracht. Die drei [illegible] einer stehenden Verbunddampfmaschine dir[illegible] kuppelten Dynamomaschinen von zusamm[illegible] Kilowatt Leistungsfähigkeit sind so reichlic[illegible] messen, daß stets mindestens eine Maschi[illegible] Betriebsreserve verfügbar ist. Für den Bele[illegible] tungsbetrieb zur Nachtzeit ist eine Akkumul[illegible] batterie von rund 1000 Amperestunden Kap[illegible] vorhanden, die unter Zuhilfenahme eines Z[illegible] aggregates während der Tagesbetriebszeit [illegible] für den Licht- und Kraftbetrieb laufenden Dy[illegible] maschine mit geladen wird.

Das unterirdisch verlegte Kabelnetz der el[illegible] schen Anlage ist nach dem Dreileitersystem [illegible] legt. Zwischen den isolierten Außenleitern her[illegible] ein Spannungsunterschied von 220 Volt, zw[illegible] dem blank in der Erde liegenden Null- oder M[illegible] leiter und jedem der Außenleiter 110 Volt S[illegible] nungsunterschied. Alle Beleuchtungskörper [illegible] nen mit 110 Volt Spannung, wogegen alle M[illegible] und sonstigen Krafteinrichtungen von den A[illegible] leitern mit 220 Volt gespeist werden. Zum [illegible] triebe der Küchen- und Schlachtereimasc[illegible] der Kühlmaschinen, Waschhausmaschinen, [illegible] züge und Werkstattmaschinen sind ca. 50 E[illegible] motore in Betrieb. Für wissenschaftliche Z[illegible] werden die Röntgenanlage, ein Epidiasko[illegible] Kinoapparat, zwei Zentrifugen, ein Schüttel[illegible] und mehrere kleine Motore ebenfalls mit [illegible] der Anstaltszentrale erzeugten elektrischen [illegible] betrieben [illegible]chenhaus ist mit eine[illegible]

Das Le[illegible] um die im Keller [illegible] anlage ausgestatte[illegible] kühl zu halten. D[illegible] lichen Leichenkammern [illegible] Keller und dem [illegible] bindung zwischen diesem [illegible]um geschieht [illegible] geschoß gelegenen Sezierra[illegible] einen elektrischen Aufzug. [illegible]ei enth[illegible]

Die Anstaltswäscher[illegible] waschm[illegible] große und zwei kleinere Trommel[illegible] mpfman[illegible] sechs Wäschezentrifugen, zwei Dam[illegible]d eine Kaltmangel, eine Handwäscherei u[illegible] sche Handplätterei. Die Maschinen [illegible] gruppenweise, teils einzeln durch [illegible] angetrieben. Zum Transport der W[illegible] und von dem über den Maschinenräum[illegible] Trockenboden sind zwei Aufzüge vorh[illegible]



denen der ältere durch die Transmissionswelle der Maschinen mit angetrieben wird, während der neuere elektrisch gesteuert ist.

Nachdem der Dampf für die vorbeschriebenen Kraft- und Heizungszwecke völlig ausgenutzt ist, wird das entstandene Niederschlagwasser von allen Verbrauchsstellen in Sammelleitungen nach dem Kesselhause zurückgeführt und hier in einem gemauerten Speisewasserbehälter aufgefangen. Aus diesem Behälter fördern die Dampfkesselspeisepumpen das Wasser wieder in die Dampfkessel zurück. Nicht ganz zu vermeidende geringe Verluste bei diesem Kreislauf des Speisewassers werden nach Bedarf durch Leitungswasser ersetzt.

Als Feuerungsmaterial für die Dampfkessel dient in der Regel Gaskoks, der aus den Bunkern in eisernen Wagen von 0,8 cbm Inhalt vor die Kesselfeuerung gefahren wird. Zur Abführung der Rauchgase ist ein 50 m hoher Schornstein von 2 m oberer lichter Weite vorhanden.

Alle Unterhaltungs- und Ausbesserungsarbeiten an den technischen und sanitären Einrichtungen werden durch Regiepersonal der Anstalt in eigenen Werkstätten ausgeführt, ebenso die Instandhaltungsarbeiten in und an den Gebäuden.

Jürgens.

Das neue Verwaltungsgebäude liegt in der Mitte der Südfront und ist von dem Vorortsbahnhof Friedrichsberg in 5 Minuten bequem zu erreichen. Es enthält das Verwaltungsbüro, das Kassenbüro, neuerdings ein besonderes Lohnbüro, dann den Konferenzsaal und das Direktorzimmer, sowie zurzeit noch ein Lazarettbüro, dessen Räume ursprünglich für poliklinische Zwecke vorgesehen sind. Im Obergeschoß sind die Verwalterswohnung, drei Ärztewohnungen mit je zwei Zimmern, das Ärztekasino und ein großer Sitzungssaal untergebracht.

Hinter dem neuen Verwaltungsgebäude, als Blickpunkt für den Besucher gedacht, ist eine Pergola mit Brunnenanlage errichtet, vor der die Bronzebüsten von Ludwig Meyer und Wilhelm Reye aufgestellt sind.

Das dahinter liegende Konzerthaus wurde durch Seitenhallen vergrößert, die Bühne wurde mit allen technischen Erfordernissen ausgestattet und außerdem wurde ein den polizeilichen Anforderungen entsprechender Raum für kinematographische Vorführungen hergerichtet.

Der frühere Wirtschaftshof wurde umgebaut, die Kuhhaltung wurde 1908, die Schweinemästung etwas später aufgegeben. Es finden sich jetzt dort in vier Gebäuden Werkstätten, Stallung, Gärtnereiräume. Werkstätten, meist mit Krankenbeschäftigung, sind im Betrieb für Tischler, Schlosser, Klempner, Schneider, Schuhmacher, Tapezierer, Maler, Buchbinder u. a.

Die Gärtnerei verfügt über den Nordwestabschnitt des Geländes, einen großen Arbeitsschuppen, einen Lorbeerschuppen, mehrere kleine Nebenbauten, 326 qm Mistbeete und eine 552 qm fassende Treibhausanlage; neben dem älteren Treibhaus wurde 1914 ein viereinhalbmal größeres, neues aus Eisenbeton und Glas errichtet, das in der Mitte eine als zeitweiligen Aufenthaltsraum für ausgewählte Kranke gedachte Palmenhalle von 148 qm Fläche und 9,20 m Höhe aufweist. Ein Anbau ist nach Süden mit Käfigen für wärmebedürftige Versuchstiere wie Affen, Meerschweinchen usw. versehen; übrigens finden sich noch an anderen Parkstellen Käfige für Versuchstiere. Die Gärtnerei lieferte 1919 u. a. etwa 4000 Topfpflanzen für Krankenzimmer. Seit der Kriegszeit hat sie auch 2 ha früherer Grasflächen mit Kartoffeln bebaut. Der Park ist durch die mannigfachsten gärtnerischen Anlagen ausgestattet, im allgemeinen im englischen Stil gehalten, doch auch mit zahlreichen Blumenbeeten, mit einer Reihe von Bodenerhebungen, u. a. einem gegen 20 m hohen Aussichtshügel, einer großen Teichanlage, einem Damhirschgehege. Zwischen dem Hauptgebäude und den neuen Häusern 7, 8, 9, 10 und 12 ist ein großes Gartenparterre mit Wasserbecken vorgesehen, doch konnte es wegen des verzögerten Abbruchs des Zellengebäudes noch nicht ausgeführt werden.

Auf einen beantragten Behandlungspavillon mußte wegen der ungeheuer gestiegenen Baukosten verzichtet werden.

Zurzeit sind in Friedrichsberg ärztlich tätig der Direktor, zwei Oberärzte (Prof. Buchholz, Prof. v. Grabe), ein Prosektor (Dr. Jakob), sechs Abteilungsärzte (Dr. Berndt, Rittershaus, Rautenberg, Glüh, Kafka, Brennecke), davon einer für Serologie; die Genannten sind sämtlich mit Beamteneigenschaft angestellt; weiterhin sind besetzt sechs Stellen für Assistenzärzte (Dr. Cohen, Meggendorfer, Josephy, Langelüddecke, Hermel, Kirschbaum), zwei für besoldete Volontärärzte (Dr. Kaltenbach, Frl. v. Landmann) und eine für einen unbesoldeten Volontärarzt mit freier Station (Frau Dr. Kalau vom Hofe).

Ferner sind 73 männliche und 16 weibliche Beamte vorhanden, außerdem 8 Schwestern. Sodann sind 181 Pfleger und 221 Pflegerinnen, 180 männliche Handwerker und Arbeiter und 49 weibliche Arbeiter angestellt.



Der Krankenbestand betrug zeitweilig mehr als 1500. Ende 1913 waren 1243 Geisteskranke in der Anstalt, Ende 1919 nur 933 Zivilgeisteskranke, 52 militärische Geisteskranke und 56 geistesgesunde Geschlechtskranke. Die Aufnahmeziffer, darunter keine Deliranten, betrug 1913 1171, 1919 966 Geisteskranke.

Die Zahl des Personals stieg von 461 Ende 1913 auf 736 Ende 1919.

Die Kosten für Kopf und Tag betrugen 1913 3,42 M, 1919 jedoch 10,26 M, davon 0,58 auf Gehalte, 2,65 auf Löhne, 0,11 auf Invaliden- und Krankenversicherung, 4,23 auf Nahrungsmittel, 0,92 auf Feuerung, 0,43 auf Unterhaltung der Gebäude und Gärten, 0,53 auf Betten, Leinen, Hausrat, 0,19 auf Arznei und ärztliche Gegenstände. 1920 läßt noch eine beträchtliche Steigerung erwarten.

Erwähnt sei, daß 1919 hinsichtlich der Insassen der Zivilabteilung 210 ärztliche Gutachten abgegeben wurden, und zwar über 31 Personen in Strafsachen (Beobachtung auf § 51 StGB.), über 21 Personen in Unfallsachen, 71 in Invalidenrentensachen, 8 in Ehescheidungssachen, 16 in Entmündigungssachen; ferner 33 sonstige Gerichtsgutachten und 30 anderweitige Gutachten.

Friedrichsberg besitzt Unterstützungskassen für Kranke mit über 0,5 Million Kapital.

Ein wohltätiger Verein für entlassene geistig Erkrankte „Die Brücke" sucht entlassenen Kranken Unterstützung und Beschäftigung zu gewähren und ihnen den Rückweg in das Leben zu erleichtern.

Die Neubauten waren zum größten Teil Herbst 1914 fertig geworden, worauf sie sofort zur Errichtung einer großen Reservelazarettabteilung zur Verfügung gestellt werden konnten. Die Abteilung wurde an das Reservelazarett Wandsbek angegliedert, den ärztlichen Dienst leisteten die Ärzte der Anstalt ehrenamtlich. Das zeitweilig gegen 450 Insassen zählende Lazarett nahm zunächst Fälle der verschiedensten Art auf, Verwundete, wenn auch nicht schwerster Art, intern Erkrankte und Nervenkranke. Allmählich überwogen die Nerven- und psychisch Kranken, ein stattliches Kontingent stellten die Kriegsneurotiker. In Haus 7 wurde eine Beobachtungsstation für zahlreiche Militärpersonen eingerichtet, die für Kriegsgerichte und Oberkriegsgericht des IX. A.-K. auf Zurechnungsfähigkeit durch Anstaltsärzte untersucht und begutachtet wurden. Das Haus für Jugendliche war mehrere Jahre besetzt von einer Sprachbehandlungsstation, die durch Professor Dr. Calzia nach den Grundsätzen moderner wissenschaftlicher Phonetik betrieben wurde, wobei Dr. Helmcke als Laryngolog mitwirkte. Herbst 19[..] wurden mehrere Häuser für eine Station militär[..] scher Geschlechtskranker zur Verfügung gestell[..]

Bald darauf mußte wegen der in Hamburg her[..] schenden Grippeepidemie in mehreren Pavillo[..] Platz für 300 geistesgesunde Grippekranke gescha[..] fen werden. 1919 wurden einige der leerstehend[..] Pflegeräume dem Krankenhaus Barmbeck zur Ve[..] fügung gestellt, das seinen Andrang Geschlecht[..] kranker zum Teil hierher ablenkte.

1918 wurde die Bezeichnung Irrenanstalt umg[..] wandelt in „Staatskrankenanstalt Friedrichsberg[..] Hierdurch ist schon ausgesprochen, daß es si[..] nicht nur um eine Unterbringungsgelegenheit f[..] Geisteskranke handelt, sondern auch andere Kran[..] Unterkunft finden können. Angesichts der Evak[..] ierung zahlreicher Anstalten infolge der Kriegsve[..] pflegungsmortalität, aber auch um engeren A[..] schluß an die Gesamtkrankenfürsorge und dan[..] an das praktische und wertschaffende Leben zu g[..] winnen, sollte man allgemein nach jener Richtu[..] einen Schritt weitergehen und insbesondere öffe[..] Stationen für psychisch leicht Erkrankte und ne[..] vöse Kranke errichten.

Längst wurde die Eröffnung einer Poliklinik u[..] Irrenberatungsstelle als Desiderat empfunden, i[..] besondere neuerdings zwecks Ergänzung des n[..] klinischen Unterrichtsmaterials, aber bisher wur[..] dieser Einrichtung noch die Genehmigung versa[..]

Frühjahr 1919 wurde bei dem Pflegeperso[..] die 48-Stundenwoche eingeführt. Weiterhin w[..] den sehr ausgedehnte Externierungen des Pfle[..] personals vorgenommen.

Herbst 1919 wurde eine aus Anstaltsangestell[..] bestehende Einwohnerwehrgruppe für das Gelä[..] eingerichtet.

Nachdem schon seit zwei Jahrzehnten ze[..] weise von Friedrichsberger Ärzten psychiatrisc[..] Kurse gehalten worden waren, in den letzten Fr[..] densjahren in größerer Zahl Fortbildungsku[..] klinische Kurse für Medizinalpraktikanten u[..] Ferienstudenten, Kurse für Physikatskandidat[..] Spezialvorlesungen, auch Vorlesungen im öffe[..] lichen Vorlesungswesen, und die neuen Labo[..] torien zum größten Teil schon fertiggestellt wa[..] brachte die Gründung der Universität Ha[..] burg im Frühjahr 1919 keineswegs einen sehr [..] greifenden Umschwung. Die Leitung der psych[..] trischen Klinik obliegt dem Anstaltsdirekt[..] wobei allerdings die in ganz Deutschland gew[..] digte Erfahrung, daß nur bei ausgiebiger E[..] lastung, vor allem auf administrativem Gebiet, [..] einem Arzte möglich ist, einer großen Anstalt vo[..] zustehen und gleichzeitig eine psychiatrische Kli[..]



führen, noch keine Berücksichtigung gefunden t. Professor Buchholz hat einen Lehrauf- g für gerichtliche Psychiatrie, Prosektor Dr. .kob und der Serologe Dr. Kafka wirken als ivatdozenten.

Großzügige hanseatische Denkungsart und auch ohl die Gleichstellung der Irrenanstalten mit den gemeinen Krankenhäusern im Rahmen der Be- rde haben es bewirkt, daß für Krankenzwecke d auch für wissenschaftliche Aufgaben jeweils che Mittel zur Verfügung standen und sich da- rch die Anstalt eine Fülle mustergültiger Ein- htungen zu schaffen vermochte.

Der Gesamtbetrieb, der ohnehin schon durch he Aufnahmeziffer, regste Fühlung der Patienten- gehörigen mit der Anstalt, vier Verpflegungs- ssen, lebhafte forensische Tätigkeit usw. recht rwickelt ist, wurde in den letzten Jahren, auch rch Angliederung der Klinik, ganz besonders ensiv und kompliziert.

Auf die Stellung des Irrenwesens in administrati- r und medizinalgesetzlicher Hinsicht soll hier cht näher eingegangen werden. Der Umstand, daß Deutschland die Irrenfürsorge Angelegenheit der nzelstaaten bzw. der preußischen Provinzen und r bayerischen Regierungsbezirke ist, bewirkt ohl manche Ungleichmäßigkeit und das Hervor- eten dieser oder jener Wünsche oder auch kriti- her Angriffspunkte in den verschiedenartigen rwaltungsbezirken. Von dieser Regel ist Ham- rg nicht ausgenommen. Das Beschwerdewesen hier entwickelter als irgendwo sonst; jeder An- ltsinsasse hat das Recht, sich bei der Behörde beschweren, worauf diese ev. durch einen Aus- huß, in dem auch Laien sitzen, die Entscheidung fft, unter Umständen auch gegen die Auffassung r Anstaltsärzte. Außerdem ist in keinem anderen aat als Hamburg den Anstaltsinsassen das Recht geben, bei den ordentlichen Gerichten gegen den aat auf Entlassung zu klagen. Nicht ganz selten ingen Beschwerden auch in die Presse und er- gen eine meist unbegründete Beunruhigung.

Erwähnt sei, daß die in anderen Großstädten währte Einrichtung, alle in psychisch verdäch- tem Zustande Aufgegriffenen, auch Bewußtlose d gerettete Selbstmordkandidaten, sofort in die renanstalt zu bringen, in Hamburg nicht nur nicht steht, sondern jene Fälle, jedoch auch Fälle plötz- h ausbrechender, störender Geisteskrankheit zu- ächst in das bisher der Polizei unterstehende afenkrankenhaus verbracht und von dort erst bei ehrtägiger Dauer der Krankheit in die Anstalt erführt werden, außerdem aber die Alkoholdeli- nten auch nicht, wie sonst überall, in die psychiatrische Anstalt, sondern in eines der Allgemeinen Krankenhäuser kommen.

Weder aus der Anstalt noch seitens eines praktischen Arztes darf ein Kranker in eine nichthamburgische Anstalt geschickt werden, ohne daß ein Gerichtsarzt sein Placet dazu gibt. Es sind sogar Bestimmungen getroffen über die Modalität der Aufnahme eines Hamburgers außerhalb der Gebietsgrenzen in eine nichthamburgische Anstalt, obwohl nach dem geltenden Recht über die Aufnahme in eine Anstalt ausschließlich deren Bundesstaat, nicht aber ein fremder zu entscheiden hat, einerlei woher der Kranke stammen mag. Daß in Deutschland so gut wie in anderen Ländern bei den verschiedensten Bildungsstufen noch ein reges Odium gegenüber den Irrenanstalten besteht, ist allgemein bekannt. Es mag im Wesen des räumlich engbegrenzten Stadtstaats liegen, wenn dieses Odium hier nach meinen Erfahrungen aus mehreren Bundesstaaten mindestens so intensiv ist wie anderswo; wie unentwickelt das humane Empfinden den psychisch Kranken gegenüber vielfach noch erscheint, beweist schon der Umstand, daß man an dem neben der Anstalt liegenden Bahnhof als Architektenscherz das Relief eines karrikierten Geisteskranken in Stein gehauen hat. Nur beharrliche Aufklärungsarbeit läßt für Deutschland vielleicht erhoffen, daß seine Bevölkerung, die doch gern das Prädikat der Reife für sich in Anspruch nimmt, allmählich auch den Geisteskranken gegenüber ausschließlich von dem Gefühl menschlicher Teilnahme beseelt werde.

Wie sich eine Anstalt von der Größe und Eigenart Friedrichsbergs in den Nöten unseres Zeitalters weiterentwickeln wird, darüber lassen sich heute keinerlei Betrachtungen anstellen. Möge die historisch erwachsene und auf der Grundlage bewährter Einrichtungen erbaute Anstalt die Stürme der Zukunft bestehen! Weygandt.

Die wissenschaftlichen Einrichtungen Friedrichsbergs.

Im ersten Stock des Mittelbaues des Hauptgebäudes finden sich, wie erwähnt, der mit einem Diaskop und dem großen Zeißschen Epidiaskop ausgestattete Hörsaal, daneben das Lesezimmer, vier Bibliotheksräume und eine Reihe anderer, für wissenschaftliche Zwecke bestimmter Räume; für stärker besuchte Vorlesungen ist der große Konzertsaal geeignet.

Die wichtigsten Laboratorien sind im Obergeschoß des Hauptgebäudes untergebracht. Vor

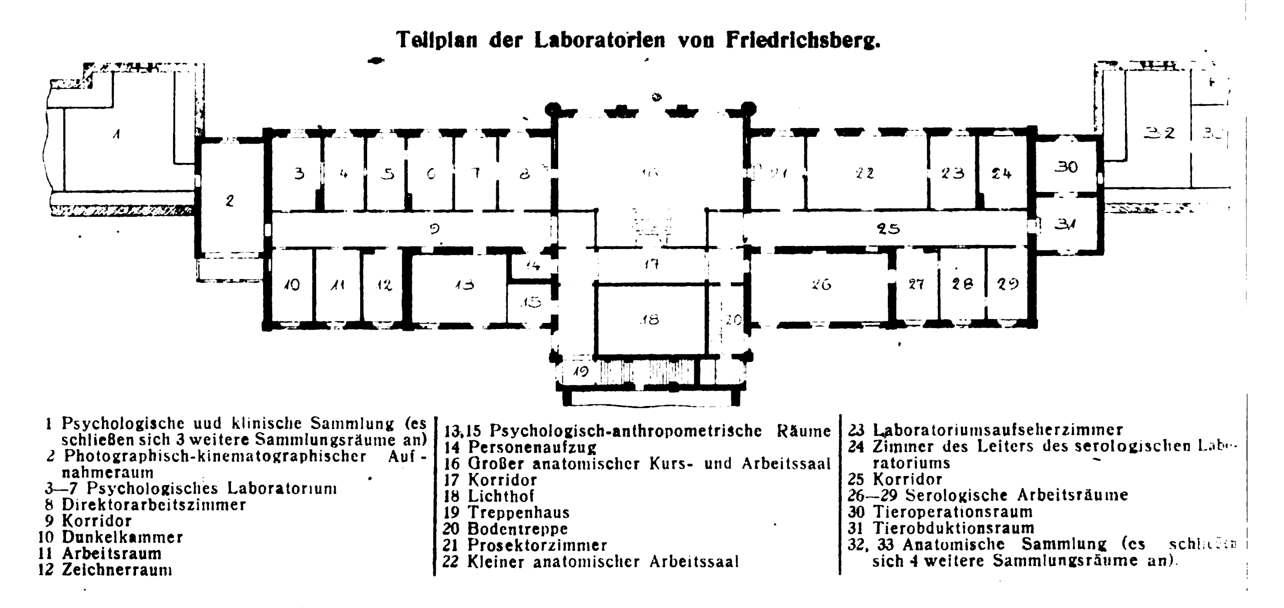


längeren Jahren wurde der über dem jetzigen Hörsaal liegende, wenig benutzte Saal durch Dr. Kaes zu einem vorwiegend anatomischen Zwecken dienenden Laboratorium verwendet, in dem er, zeitweilig durch andere Ärzte unterstützt, vor allem Studien über den morphologischen und architektonischen Aufbau der Hirnrinde, insbesondere Rindendickenmessungen, Zell- und Faserzählungen betrieb. Die erste Irrenanstaltsprosektorstelle in Deutschland wurde 1899 für ihn eingerichtet, die 1911 zu einer beamteten Stelle der Stufe eines Oberarztes II. Klasse erhoben wurde. 1913 erlag der emsige Forscher den Folgen einer Apoplexie; seine wichtigsten Befunde sind in dem 1907 erschienenen Tafelwerk „Die Großhirnrinde des Menschen in ihren Maßen und in ihrem Fasergehalt" (G. Fischer, Jena) niedergelegt, sein Name ist in dem Kaes-Bechterewschen Streifen verewigt. Erwähnt sei, daß er schon früher manche histopathologische Einzelheiten, wie die senilen Drusen bei seniler Demenz oder die Markscheidenflecken bei der Paralyse festgestellt hatte. Die Prosektur wurde 1914 Dr. Jakob, einem Schüler Alzheimers, übertragen und dann von der bisher mit ihr verbundenen klinischen Abteilung abgetrennt.

Der erwähnte Laboratoriumssaal, in dem ursprünglich auch die Serologie ihre Arbeitsstätte fand, eignet sich mit seinen sechs Fenstern und seiner Ausdehnung von 13 : 5 m ausgezeichnet als anatomischer Arbeits- und Kurssaal, der Raum für mehr als 20 Arbeitsplätze bietet. Die ganze westliche Hälfte des Obergeschosses dient für Anatomie und Serologie. Es schließt sich an zunächst das Zimmer des Prosektors, dann ein dreifenstriger Arbeitssaal für Laborantinnen und andere Hilfskräfte, der auch das große Hirnmikrotom enthält. Es folgt das Zimmer für den Laboratoriumsaufseher Muß, woselbst auch ein Greilscher Zeichenapparat aufgestellt ist. Durch den geräumigen Korridor gelangt man in den Tiersektions- und den Tieroperationsraum, beide mit Oberlicht.

Es schließt sich nun an eine Reihe von fünf großen Sammlungsräumen mit Oberlicht, die für anatomische Zwecke bestimmt sind; bis 1908 bestand die Sammlung lediglich aus Hirnpräparaten, einigen Affenschädeln und einer größeren Zahl histologischer Zeichnungen, die ein Patient angefertigt hatte. Im ersten findet sich eine Sammlung von pathologischen Menschenschädeln und Modellen, seltenere Idiotengehirne und Mißbildungen (im ganzen 275 Objekte).

Teilplan der Laboratorien von Friedrichsberg.



1 Psychologische und klinische Sammlung (es schließen sich 3 weitere Sammlungsräume an)
2 Photographisch-kinematographischer Aufnahmeraum
3—7 Psychologisches Laboratorium
8 Direktorarbeitszimmer
9 Korridor
10 Dunkelkammer
11 Arbeitsraum
12 Zeichnerraum
13,15 Psychologisch-anthropometrische Räume
14 Personenaufzug
16 Großer anatomischer Kurs- und Arbeitssaal
17 Korridor
18 Lichthof
19 Treppenhaus
20 Bodentreppe
21 Prosektorzimmer
22 Kleiner anatomischer Arbeitssaal
23 Laboratoriumsaufseherzimmer
24 Zimmer des Leiters des serologischen Laboratoriums
25 Korridor
26—29 Serologische Arbeitsräume
30 Tieroperationsraum
31 Tierobduktionsraum
32, 33 Anatomische Sammlung (es schließen sich 4 weitere Sammlungsräume an).

Saal 2 enthält die vergleichend-anatomische Hirn- und Schädelsammlung, die in den letzten 6 Friedensjahren, unter Ausnutzung der sich gerade in Hamburg bei emsigem Sammeln günstig ergebenden Gelegenheit auf 440 Gehirne und 590 Schädel angewachsen ist. Unter den Präparaten seien erwähnt mehrere Hirne der verschiedenen anthropomorphen Affen, darunter von 24 Schimpansen, Hapale pygmea (4 g), zahlreiche Lemuren, wie Otolicnus galago, Hirne von Giraffen, Elefanten, Nashorn, Nilpferd, Tapir, Echidna hystrix, Ornithorhynchus, zwei Cercolabesarten, Bradypus, Chiromys usw.; vor allem von zahlreichen Seesäugern, von Walen, Trichechus rosmarus (Walroß, 820 g schwer), Seeelefanten, Seelöwe usw.; auch eine

;roße Sammlung von Schlangenhirnen. Einzelne)bjekte sind bereits wissenschaftlich verarbeitet vorden.

Der dritte Raum enthält eine Sammlung von nenschlichen Rassengehirnen, von pathologischen lirnen und Organpräparaten (460 Gegenstände). uch vier große Präparatenschränke mit Serienchnitten von normalen und krankhaften Gehirnen tehen hier.

Raum 4 zeigt eine Sammlung von Rassenchädeln, insbesondere eine große Gruppe von deormierten und trepanierten Inkaschädeln, sowie ;anzen Inkamumien, die noch während des Krieges us Peru herübergelangt sind. Weiterhin eine ammlung von Modellen prähistorischer Schädel. :ine Sammlung von Embryonalhirnen ist in Vorereitung.

Raum 5 dient als Konservierungsraum für das istologisch zu verarbeitende Material, dazu auch eiches Material von Tierversuchen, teils embryoogischer Art zur Erforschung der Histogenese des entralnervensystems, teils betreffs experimenteller lervenlues. Es schließt sich ein Materialvorratsaum an.

Die histologischen Präparate sind in zahlreichen chränken verteilt.

Eine große Sammlung von 210 anatomischen nd histologischen Wandtafeln für Unterrichtswecke, darunter die wichtigsten Hirnbefunde in m großer Ausführung, vielfach in den natürlichen arben, findet sich in den östlichen Sammlungsäumen, außerdem eine Reihe von Aquarellen selenerer makroskopischer Hirnbefunde und von über 00 farbigen histologischen Zeichnungen.

Die mikrophotographische Einrichtung in zwei ellerräumen des Hauptgebäudes ist mit den neueten Zeißschen Apparaten und Apochromat-Linsen usgestattet und mit einer Dunkelkammer verbunlen. Es besteht eine Sammlung von über 1500 likrophotogrammen, 370 Menschengehirn- und ber 100 Tierhirnaufnahmen, sämtlich in Abzügen nd in Diapositiven.

Das Sektionshaus hat neben dem kapellenartig usgestatteten Aufbahrungsraum einen großen Sekionssaal mit zwei Sektionstischen aus Solnhofener chiefer, Nebenräume, einen Leichenaufzug und inen maschinell versorgten Kühlraum mit drei ühlzellen.

Den Prosektor unterstützen der Laboratoriumsufseher, der Sektionsdiener, zwei männliche und wei weibliche Hilfskräfte, ferner steht regelmäßig in Zeichner zur Verfügung, auch geschickte Paienten werden zu einfacheren Arbeiten herangezogen. Ferner beschäftigen sich im Laboratorium noch sieben Ärzte der Anstalt.

Außer dem laufenden Sektionsmaterial und dem Experimentalmaterial werden auch vielfach von auswärts Gehirne und andere Präparate zur Untersuchung übersandt. In den letzten Friedensjahren blieb die Sektionszahl unter 200; 1917 war sie infolge der durch die Kriegsverpflegung bedingten Mortalität auf 481 (bei 584 Todesfällen) gestiegen.

Herbst 1908 wurde eine Nische des damaligen Laboratoriumssaales abgetrennt für serologische Arbeiten, denen sich Oberarzt Dr. Brückner widmete, der später nach Langenhorn übersiedelte und vor einem Jahre im Baltikum an Fleckfieber starb. Dr. Kafka übernahm 1911 die serologischen Arbeiten, bildete Ärzte und Hilfskräfte aus und erhielt nach einem Interimistikum beim Bezug der neuen Laboratoriumsräume zunächst deren drei, dann vier zugewiesen, doch gelang es der wachsenden Bedeutung des Faches entsprechend, noch durch Anbau im letzten Jahre einen Saal hinzuzugewinnen.

Die serologische Abteilung, deren Leitung Dr. Kafka als Abteilungsarzt, vom sonstigen Krankendienst befreit, obliegt, besteht jetzt aus fünf Räumen und einem großen Korridor; ein Zimmer ist für ihn bestimmt und zugleich als Registratur und für optische Blutuntersuchungsmethoden eingerichtet. Zwei weitere Zimmer werden für die laufenden Arbeiten serologischer, hämato- und zytologischer Art benutzt, ein anderer Raum dient zum Sterilisieren, Destillieren, Waschen und Spülen. Der Saal ist als Arbeitsraum für Ärzte, als Kursraum mit einer Reihe von Arbeitsplätzen und für besondere chemische und hygienische Untersuchungen bestimmt. Dem Leiter unterstehen drei ausgebildete Hilfskräfte und eine Person für Reinigungsarbeiten; auch ruhige Anstaltskranke leisten Handreichungen.

Das Laboratorium erledigt die laufenden diagnostischen Untersuchungen der Körperflüssigkeiten und die Bearbeitung einschlägiger aktueller wissenschaftlicher Fragen. Ärzte und Studierende werden in die Untersuchungsmethoden eingeführt; auch vor Errichtung der Klinik wurde schon eine Reihe von Ärzten der Anstalt, des Inlands und Auslands hier ausgebildet. Während des Krieges wurden aus dem ganzen Korpsbezirk die Materialien für Abderhalden-Untersuchung hierher überwiesen. 1912 waren von 850 Fällen 1050 Untersuchungen ausgeführt, 1916 von 1359 Fällen 2400, während 1920 nach Schätzungen aus dem ersten Vierteljahr 3500 Fälle mit 7000 Untersuchungen anzunehmen sind. 60 wissenschaftliche Arbeiten ent-



stammen dem serologischen Laboratorium seit seiner Errichtung.

Die Räume östlich von der Mitte des der Wissenschaft dienenden Obergeschosses im Hauptgebäude sind der Untersuchung des lebenden Menschen gewidmet; sie sind auch für schwerer Kranke bequem erreichbar mit dem Personenaufzug, der ein ganzes Bett fassen kann. Die sechs nach Süden gelegenen Zimmer dienen, von dem Direktorarbeitszimmer abgesehen, dem psychologischen Laboratorium, in dem vor allem Abteilungsarzt Dr. Rittershaus neben anderen Ärzten tätig ist. Seit 1908 werden in zunehmendem Maße experimental-psychologische Methoden angewandt, und es wurde allmählich eine große Sammlung von Untersuchungsmaterial angelegt; Tests; Intelligenzprüfungsformulare nach Kraepelin, Sommer, Specht, Ziehen: Ebbinghaussche Texte; Material für fortlaufende Addier- und Lernversuche; Assoziationsbogen nach Jung, Rittershaus, Sommer, Weygandt; Bilder für optische Reizversuche usw.

Weiterhin wurden kompliziertere Apparate beschafft, Kymographien, Hippsches Chronoskop mit Zubehör, Weilerscher Arbeitsschreiber mit Metronom, Sommers Zitterapparat, Zehnder-Westiensche Pupillenlupe, komplizierte Tachistoskope, ein einfaches Tachistoskop nach Weygandt, Pneumokardiosphygmograph, Ergograph, Schwachsinnsprüfungskästen nach Weygandt. Einzelne Apparate, die von Weygandt und Rittershaus auf dem westlichen Kriegsschauplatz verwandt worden waren, gingen bei dem Rückzug verloren. Für Versuchszwecke steht ein großes Material von Büchern, Bildern, Wandtafeln sowie eine Anzahl von in der Anstalt aufgenommenen Films zur Verfügung.

Die Hauptaufgaben der Psychologie in der Psychiatrie sind zu suchen 1. in der Richtung einer Ergänzung des Krankenstatus durch kompliziertere psychologische Methoden zu praktischen, differentialdiagnostischen und forensischen Zwecken, 2. in der wissenschaftlichen Weiterarbeit der experimentellen Erforschung der psychopathologischen Erscheinungen am Kranken, 3. in der Erforschung leichterer psychischer Schwankungen und Störungen bei Nichtgeisteskranken. Schließlich sollen jüngere Ärzte in die Psychologie eingeführt, auch im klinischen Betrieb Studierende unterrichtet und Gelegenheit zur Bearbeitung von Spezialaufgaben gegeben werden.

Die Räume nach Norden dienen als Dunkelkammer, als Arbeitszimmer des Malers und Zeichners usw., ferner ist ein größerer Raum noch im Bau, der neben psychologischen Zwecken auch anthropometrischen gewidmet sein soll.

Es schließt sich an ein fast 10 m langer Saal mit Glasdach für photographische und kinematographische Aufnahmen.

Sodann folgt eine Flucht von vier Oberlichtsälen, die Sammlungen enthalten. Die ersten zeigen neben den erwähnten anatomischen Tafeln auch klinische Bilder, darunter eine große Menge von Abbildungen seltener Erkrankungsfälle, wie Porenzephalie mit Hydrozephalie, Chondrodystrophie mit Hydrozephalie, Adiposogenitaldystrophie, Akromegalie mit Psychose, Zwergwuchs, Riesenwuchs, Kretinengruppen, Mongolismus, Infantilismus usw., meist in Lebensgröße photographisch wiedergegeben.

Ein anderer Raum enthält Veranschaulichungsmaterial aus dem Gebiet der praktischen Psychiatrie, Anstaltspläne, Modelle von Anstaltsbauten usw.

In der Entwicklung begriffen ist eine Sammlung betreffend die Vererbungslehre, den Alkoholismus und die Kriminalanthropologie. Andere Gruppen von Gegenständen tragen zur Veranschaulichung der Entwicklung der menschlichen Psyche bei, Anfänge der menschlichen Kunst, auch eine Kollektion von Original-Eolithen; eine Reihe von Tafeln ist dem Problem der Zusammenhänge zwischen Kunst und Psychopathologie gewidmet.

Ein weiterer Raum, der Patientenarbeitsprodukte verschiedenster Art enthält, Waffen, Nachschlüssel, Selbstmordhilfsmittel, beherbergt auch eine geschichtlich-psychiatrische Sammlung, Zwangsstuhl, Zwangsjacken, historische Bilder von früheren Anstalten und veralteten Behandlungsmethoden.

Für wissenschaftliche Zwecke sind insgesamt (mit Hörsälen, Bibliothek, Röntgenlaboratorium, Sektionshaus, Tierställen) gegen 60 Räume (für Krankenzwecke nicht verwertbar) mit annähernd 2500 qm Bodenfläche verwertet.

Die etatrechtliche Abgrenzung des klinischen Betriebs von dem Anstaltsbetrieb ist in der Entwicklung begriffen, wenn auch das Ideal einer selbständigen Klinik noch in der Ferne liegt. Möge eine Zeit kommen, in der allgemein eine gerechte Einschätzung geistiger Werte obwaltet und auch gewürdigt wird, welch eine hohe soziale und wirtschaftliche Bedeutung aus der das Wesen und die Bekämpfungsmöglichkeit der Geistesstörungen bearbeitenden Forschungstätigkeit erwächst.

Jakob, Kafka, Rittershaus, Weygandt.



Veröffentlichungen aus der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg seit dem Jahre 1908.

1908.

Buchholz, Ein Haarfetischist. Ärztl. Sachverständigen-Ztg. Nr. 20. Ders., Über einen eigenartigen Fall von Aphasie. Jahrb. d. Hbg. Staatskrankenanstalten Bd. 13 S. 329. Ders., Einiges aus der Hamburgischen Irrenfürsorge. Int. Konf. f. Irrenfürsorge, Wien, 7. bis 11. Okt. 1908. „Austria", Franz Doll. Hasche-Klünder, Über atypisch verlaufende Psychosen nach Unfall. Arch. f. Psych. Bd. 44 S. 608. Kaes, Die Großhirnrinde des Menschen in ihren Maßen und in ihrem Fasergehalt. The Am. Journ. of Anat. Vol. XII p. 241. Weygandt, Fall von Chorea. Deutsch. med. Wochenschr. S. 675. Ders., Beiträge zur Lehre vom Mongolismus. Neurol. Zentr.-Bl. S. 634. Ders., Sind die Einwände gegen gesetzliche Bestimmungen betr. sexueller Anomalie wissenschaftlich haltbar? Münch. med. Wochenschr. S. 459. Ders., Forensische Psychiatrie, 1. Teil. Leipzig, G. J. Göschen. Ders., Zur Frage der Selbständigkeit der Irrenärzte. Psych.-Neurol. Wochenschr. S. 11. Weygandt-Stern, Atlante manuale de psichiatria. Mailand, Societa editrice libraria.

1909.

Brückner und Much, Weitere Mitteilungen über die Hemmungsreaktion menschlicher Sera gegenüber Kobragift. Berl. kl. Wochenschr. S. 1526. Buchholz, Zur Beurteilung der Psychosen nach Unfall. Mon. f. Psych. 27, H. 1 S. 1. Ders., Zeugenaussagen. Groß' Archiv Bd. 35 S. 128. Kaes, Über Rindenmessungen. Eine Erwiderung an Dr. K. Brodmann. Neur. Zentr.-Bl. Nr. 4 S. 178. Replik, Ibidem Nr. 12 S. 639. Franz Lehmann, Trauma und Paralyse. Mon. f. Psych. u. Neur. Rittershaus, Zur psychologischen Differentialdiagnose der einzelnen Epilepsieformen. Arch. f. Psych. Bd. 46 S. 1 ff. Ders., Die Komplexforschung (Tatbestandsdiagnostik). Journ. f. Psychol. u. Neur. Bd. XV S. 61 und XVI S. 1. Ders., Ein Fall von Alkoholhalluzinose im Kindesalter. Ztschr. z. Erf. u. Behdlg. d. jugendl. Schwachs. Bd. III S. 476. Weygandt, Über die Begutachtung im Falle von Trauma und Paralyse, Mitteilg. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. S. 557. Ders., Bourneville. Ztschr. f. d. Behdlg. jugendl. Schwachs. S. 353. Ders., Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt. Deutsch. med. Wochenschr. S. 2011. Ders., Über mongoloide Degeneration. Ebenda S. 134. Ders., Über das englische Kindergesetz vom Jahre 1908. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behdlg. d. jugendl. Schwachs. S. 273. Ders., Der Entwurf einer Strafprozeßordnung sowie der Entwurf betr. Abänderung des Strafprozeßbuches in ihren Beziehungen zur Fürsorge für normale und schwachsinnige Kinder. Ebenda S. 197. Ders., Genügt unser Schutz vor verbrecherischen Geisteskranken? Die Heilkunde S. 203. Ders., Ärztliche Forderungen zum Vorentwurf der Strafprozeßordnung und zur Strafprozeßreform. Hamb. Ärzte-Korrespondenz, Ad. Friedländer. Ders., Ärztliches im Vorentwurf zum neuen Strafgesetzbuch. Med. Klin. S. 1947. Ders., Ein Zusatz zur Strafgesetznovelle. Monatsschr. f. Kriminalpsych. S. 293. Ders., Störungen der Wahrnehmungen, Störungen der Assoziationen, Gefühlsstörungen, Störungen des Willens, Begriff des psychischen Gebrechens und der psychischen Schwäche usw. Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit von Dittrich-Anton, Wien-Leipzig, Verlag Braumüller.

1910.

Brückner, Über die ursächlichen Beziehungen der Syphilis zur Idiotie. Münch. med. Wochenschr. S. 1914. Dräseke, Zur Psychopathia sexualis. Dermatolog. Wochenschr. Unna-Festschrift. Hasche-Klünder, Können Zwangsvorstellungen in Wahnvorstellungen übergehen? Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 1 H. 1 S. 31. Weygandt, Die Frage der ausländischen Geisteskranken. Vereinsbeilage d. Deutsch. med. Wochenschr. S. 1982. Ders., Bericht über den XVI. internationalen medizinischen Kongreß in Budapest, 29. Aug. bis 4. Sept. 1909. Ztschr. f. d. Erf. u. Behdlg. d jugendl. Schwachs. Bd. III S. 439. Ders., Ein Schwachsinns-Prüfungskasten. Ebenda Bd. IV H. 4 S. 363. Ders., Abnorme Charaktere in der dramatischen Literatur, Shakespeare, Goethe, Ibsen, Gerhart Hauptmann. Hamburg, L. Voß. Ders., Hygiene und Erziehung. Flugschrift I d. Bundes f. Schulreform. Ders., Die Jugendlichen im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Ztschr. f. d. Erf. u. Behdlg. d. jugendl. Schwachs. Bd. III H. 6 S. 449. Ders., Psychiatrische Begutachtung von Mördern. Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten. Ders., Ein Beitrag zur Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. d. Erf. u. Behdlg. d. jugendl. Schwachs. Bd. IV H. 2-3 S. 170. Ders., Die krankhaften sexuellen Abirrungen vor Gericht. Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit von Dittrich-Anton, Wien-Leipzig. Verlag Braumüller. Ders., Zur Paranoiafrage. Neur. Zentr.-Bl. Bd. 29 S. 669.

1911.

Brückner und Clemenz, Über Idiotie und Syphilis. Ztschr. f. d. Erf. u. Behdlg. d. jgdl. Schwachs. Bd. V S. 353. Glüh, Was bot die Internationale Hygieneausstellung Dresden dem Psychiater? Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten Bd. 12 H. 14. Ders., Über Hydrozephalie. Ztschr. f. d. Erf. u. Behdlg. d. jgdl. Schwachs. Bd. V S. 293. Groh, Sexuelle Abnormitäten bei jugendlichen Schwachsinnigen. Ebenda Bd. IV S. 61. Pförringer, Beitrag zu den selteneren Formen des Infantilismus. Ebenda Bd. V H. 3-5 S. 318. Rittershaus, Frühsymptome der Dementia praecox. Ebenda Bd. V S. 412. Ders., Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-melancholischem Irresein mit Berücksichtigung der chronischen, perniziös verlaufenden Formen des letzteren. Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten Bd. XII S. 475. Weygandt, Über Hirnrindenveränderungen bei Mongolismus, Kretinismus und Myxödem. Ztschr. f. d. Erf. u. Behdlg. d. jgdl. Schwachs. Bd. V S. 428. Ders., Aus der Geschichte der Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwach-



sinns. Vogt-Weygandt, Handbuch der Erforschung und Fürsorge d. jgdl. Schwachs., Jena, G. Fischer. Ders., Über Studienreiseberichte. Psych.-Neurol. Wochenschr. S. 461. Ders., Jugendkunde und Schwachsinnigenfürsorge auf der Internationalen Hygieneausstellung Dresden 1911. Ztschr. f. d. Erf. u. Behdlg. d. jgdl. Schwachs. Bd. V S. 186. Ders., Irrenanstalten. Das Krankenhaus. Handb. f. Bau usw., herausgeg. v. Grober, Jena, Gust. Fischer. Ders., Grenzen der Erziehbarkeit. Ztschr. f. Jugendwohlfahrt S. 152. Ders., Hirnveränderungen bei jugendlichen Abnormen. Ber. üb. d. VIII. Verbandstag d. Hilfsschulen Deutschlands. Ders., Die Entwicklung der gerichtlichen Psychiatrie und Psychologie. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. VIII. Ders., Notwendigkeit einer alkoholfreien Jugenderziehung. Hamburg, Verlag von Deutschlands Großloge II d. I. O. G. T.

1912.

Glüh, Mikrozephalie. Ztschr. f. d. Erf. u. Behdlg. d. jgdl. Schwachs. Bd. IV. v. Grabe, Prostitution, Kriminalität und Psychopathie. Arch. f. Kriminalanthropologie Bd. 48. A. Jakob, Zur Klinik und pathologischen Anatomie des chronischen Alkoholismus; zugleich ein Beitrag zu den Erkrankungen des Kleinhirns. Ztschr. f d. ges. Neur. u. Psych. Kafka, Über die Bedingungen und die praktische und theoretische Bedeutung des Vorkommens hammelblutlösender Normalambozeptoren und des Komplements im Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9 H. 2. Ders., Über die Fermente des Liquor cerebrospinalis. Neur. Zentr.-Bl. Nr. 10. Ders., Zur Biologie des Liquor cerebrospinalis. Über die Fermente des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten Bd. 13. Ders., Der II. Kurs des Kongresses für Familienforschung, Vererbungs- und Degenerationslehre. Ebenda Bd. 13. Ders., Untersuchungen zur Frage der Entstehung, Zirkulation und Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit. I. Teil. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 13 H. 2. Ders., Die Zerebrospinalflüssigkeit. Ebenda, Ref., Bd. 6 H. 4-5. Meldola, Alkoholmißbrauch in Hamburg in seinen Beziehungen zum Jugendalter. Ztschr. f. Erf. u. Behdlg. d. jgdl. Schwachs. Bd. V. Pförringer, Tierversuche über den erblichen Einfluß des Alkohols. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 69 S. 734. Rautenberg, Über den Wert serologischer Untersuchungen bei Geisteskranken. Physikatsarbeit. Rittershaus, Psychologische Tatbestandsdiagnostik (die sog. „Strafuntersuchung der Zukunft"). Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten. Ders., Die Spuren interessebetonter Erlebnisse und die Komplexforschung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig., Bd. VIII S. 273. Ders., Zur Psychologie der weiblichen Ausnahmezustände. Deutsch. Verein f. Psych. Kiel, ref. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 68 S. 731. Trögele, Über die normale und pathologische Physiologie der Hypophysis cerebri nebst einem Beitrag zur Differentialdiagnose der mit Störungen der Hypophysenfunktion verlaufenden intrakraniellen Prozesse. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. Bd. 17 S. 201. Vorbrodt und Kafka, Zur Enesolbehandlung bei metasyphilitischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3. Weygandt, Drei verschiedene Formen von Hypophysenstörung. Vereinsbeil. d. med. Wochenschr. S. 2002. Ders., Unfall und Kleinhirnbrückenwinkel-Geschwulst. Monatsschr. f. Psych. Bd. 31 S. 998. Ders., Der Seelenzustand der Tuberkulösen. Med. Klinik Nr. 3-4 S. 91, S. 137. Ders., Die ausländischen, insbesondere die überseeischen Geisteskranken. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2 S. 85. Ders., Berufsvormundschaft über die volljährigen geistig Minderwertigen. Monatsschr. f. Kriminalpsych. 8. Jahrg. Heft 11-12 S. 694. Ders., Ärztliches über die Behandlung der Verbrechen und Vergehen gegen die Sittlichkeit im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 19-20 S. 906 u. 955. Ders., Psychiatrische Begutachtung von Mördern. Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten XI H. 12. Ders., Entartete, irre und verbrecherische Mütter; in: Mutterschaft, Sammelwerk von Adele Schreiber, München, A. Lange. Ders., Zur Universitätsfrage in Hamburg. Hamb. Ärzte-Korrespond. Nr. 50. Ders., Hygiene der Nervenkrankheiten; in: Hygiene, II, Heft 12. Ders., Demonstrationen zum Kapitel des Infantilismus. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 45.

1913.

A. Jakob und E. Trömner, Epidiphtherische Bulbärlähmung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ders. mit M. Fraenkel, Zur Pathologie der multiplen Sklerose. Ebenda. Ders. und Weygandt, Mitteilungen über experiment. Syphilis des Nervensystems. Münch. med. Wochenschr. Nr. 37 S. 2037. Ders., Über Hirnbefunde in Fällen von „Salvarsantod". Zeitschr. f. d ges. Neur. u. Psych. Kafka, Untersuchungen zur Frage der Entstehung, Zirkulation und Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit. II. Teil. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 15 H. 4. Ders., Über die hämolytischen Eigenschaften des Blutserums der Luiker und Metaluiker. Med. Klinik Nr. 10. Ders., Zur Frage der Permeabilität der Meningen. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 46. Ders., Neues aus dem Gebiete d. diagnostischen Untersuchung des Blutes und der Zerebrospinalflüssigkeit bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. D. med. Wochenschr. Nr. 39. Ders., Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Blutserum vornehmlich Geisteskranker durch das Dialysierverfahren nach Abderhalden. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 18 H. 3. Ders., Über die Anwendung der intrakutanen Luetinreaktion nach Noguchi in der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wochenschr. 15. Jahrg. Nr. 32. Ders., Beiträge zur Serologie der Erkrankungen des Zentralnervensystems. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 50. Pförringer, Affektstörungen bei Psychopathen. Med. Klinik Nr. 37 S. 1485. Rittershaus, Zur Frage der Hydrozephalie. Zeitschr. f. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. 7 S. 310. Ders., Zur Frage der Komplexforschung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28 S. 324. Ders., Irrsinn und Presse. Ein Kulturbild. Jena, G. Fischer. Weygandt, Über Infantilismus und Idiotie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 15 H. 2 S. 220. Ders., Der Alkoholgenuß bei Kindern



und der heranwachsenden Jugend und seine Gefahren für die Gesundheit. Wien. med. Blätter Nr. 13 S. 145. Ders., Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien. Psych.-neurol. Wochenschr. 15. Jahrg. Nr. 38-40 S. 463, 475, 487. Ders., Duran-Rozabal, Atlas manual de psiquitria. Madrid, Libreria academica. Ders., Sexualproblem und Alkoholfrage in den Jugendjahren. Sämann-Schriften für Erziehung und Unterricht Heft 7. Leipzig-Berlin, B. G. Teubner. Ders., Der Seelenzustand der Tuberkulösen. Tuberkulosefortbildungskurs. Würzburg, Kabitzsch.

1914.

v. Grabe, Über Fürsorgezöglinge und Erfolge der Fürsorgeerziehung. Arch. f. Kriminalanthr. Bd. 60 S. 225. Hasche-Klünder, Ein Fall von degenerativer Hysterie in engem Zusammenhang mit dem Geschlechtsleben und vor allem der Menstruation. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 51 S. 210. Hassin, Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. Neur. Zentralbl. A. Jakob, Neuere Ergebnisse der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten. Jahreskurse f. ärztliche Fortb., Maiheft. Ders., Zur Pathologie der Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ders., Zur Pathologie der diffusen infiltrativen Enzephalomyelitis in ihren Beziehungen zur diffusen und multiplen Sklerose. Ebenda. Kafka, Die Abderhaldensche Dialysiermethode in der Psychiatrie. Med. Klinik Nr. 4. Ders. und Rautenberg, Über neuere Eiweißreaktionen der Spinalflüssigkeit, ihre praktische Bedeutung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zum Antikörpergehalt des Liquor cerebrospinalis. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 22 H. 4-5. Ders., Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Urin. Med. Klinik Nr. 12. Ders., Entwicklung der Serologie in der Psychiatrie. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Über die Bedeutung der Goldsolreaktion der Spinalflüssigkeit zur Erkennung der Lues des Zentralnervensystems. Derm. Wochenschr. Bd. 58. Ders. und Pförringer, Experimentelle Studien zur Frage der Abwehrfermente. D. med. Wochenschr. Nr. 25. Ders., Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsaninjektionen in das Zentralnervensystem. Münch. med. Wochenschr. Nr. 29. Ders., Über den Nachweis von sogenannten Abwehrfermenten im Urin. Med. Klinik Nr. 30. Rittershaus, Untersuchungen der Aufmerksamkeitsschwankungen. D. Verein f. Psych., Straßburg, ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71 S. 761. Weygandt und Jakob, Warum werden Syphilitiker nervenkrank? Dermat. Wochenschr. Festschr. z. Eröffn. des neuen Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrankh. Hamburg.) Ders., Jakob und Kafka, Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsaninjektionen in das Zentralnervensystem. Münch. med. Wochenschr. Nr. 29 S. 1608. Ders., Über die Prognose in der Psychiatrie. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Schwachsinn und Hirnkrankheiten mit Zwergwuchs. Monatsschr. f. Psych. Bd. 35 S. 25. Ders., Begutachtung der Paralyse und Syphilis des Zentralnervensystems. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen 3. Folge XLVII Suppl. Ders., Über die Psychologie des Verbrechers. Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. S. 211. Ders., Der Alkoholgenuß bei Kindern und der heranwachsenden Jugend und seine Gefahren für die Gesundheit vom ärztlichen Standpunkt. Berlin, Mäßigkeitsverlag. Ders., Soziale Lage und Gesundheit des Geistes und der Nerven. Würzb. Abh. S. 151. Ders., Entwicklung und Erziehung der Jugend während der Pubertätszeit. Sämann-Schriften H. 7. Ders., Idiotie und Imbezillität. Aschaffenburgs Handb. d. Psych. 35 H. 1 S. 25. Ders., Die gerichtliche Psychiatrie. Festschrift f. d. deutschen Juristenstand. Das Recht. Hannover, Helbing. Ders., Zurechnungsfähigkeit u. Rechtssicherheit. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 47 Nr. 2 S. 286. Ders., Die Behandlung psychischer Erregung in der allgemeinen Praxis. Hamb. med. Überseehefte Nr. 10 S. 429. Ders., Über Anwendung des Dauerbades bei Psychosen und Neurosen. Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. 15. H., und Med. Klinik Nr. 17 S. 711. Ders., Über Prosekturen an Irrenanstalten. Allg. Zeitschrift f. Psych. H. 6 S. 958. Ders., Versorgung der Neurosen und Psychosen im Felde. Med. Klinik Nr. 39 S. 1503. Ders., Geisteskrankheiten im Krieg. Münch. med. Wochenschr. H. 42, 43. Ders., Nekrolog Kaes. Psych.-neurol. Wochenschr. Nr. 51 S. 613. Ders., Über die zweckmäßigste Anstaltsgröße, mit Bericht über den Internationalen Irrenfürsorgekongreß in Moskau. Ebenda Nr. 1, 2, 3.

1915.

Kafka, Über den heutigen Stand der Liquordiagnostik. Münch. med. Wochenschr. Nr. 4. Ders., Über Noguchis Luetinreaktion mit besonderer Berücksichtigung der Spätlues des Zentralnervensystems. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. Ders., Praktisches und Theoretisches zum Dialysierverfahren. Fermentforschung Bd. 1 H. 3. Ders., Fortschritte der für die Psychiatrie wichtigen biologischen, insbesondere serologischen Forschungen. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Zur Frage der Bedeutung des Dialysierverfahrens nach Abderhalden für die Psychiatrie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 39. Ders., Untersuchungen tuberkulös-meningitischer Punktionsflüssigkeiten mit Hilfe der Ninhydrinreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 40 Ders., Die Luesdiagnostik in Blut und Rückenmarksflüssigkeit. Derm. Wochenschr. Bd. 61. Rittershaus, Kriegsbeschädigungen des Zentralnervensystems und soziale Fürsorge. Münch. med. Wochenschr. S. 1225. Ders., Kopfschußinvaliden-Fürsorge. Brüssel, Das rote Kreuz Nr. 30. Weygandt, Kriegseinflüsse und Psychiatrie. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Kriegspsychiatrische Begutachtungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 37 S. 1257. Ders., Zum 50jährigen Bestehen der Irrenanstalt Friedrichsberg. Psych.-neurol. Wochenschr. H. 16 S. 375. Ders., Die Entwicklung der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg. Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. S. 133. Ders., Der Krieg und die Neurosen. Umschau H. 15.

1916.

Jacobsthal und Kafka, Über Untersuchung



des Liquor cerebrospinalis mit Mastixlösungen. Hamb. Ärzte-Korresp. Nr. 2. Kafka, Die Luesdiagnostik in Blut und Rückenmarksflüssigkeit (Nachtrag). Dermat. Wochenschr. Bd. 62. Ders., Serologische Forschungsergebnisse im Bereiche der Psychiatrie und Neurologie. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Über das Schicksal des Komplements während des Ablaufes des Dialysierversuches nach Abderhalden. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23. Ders., Bericht über das Jahr 1915. Jahresber. f. Neur. u. Psych. Bd. 19 S. 30 Ders., Serologische Studien über die Vorgänge beim Ablaufe des Dialysierversuches nach Abderhalden. Zeitschr. f. Immunit. Bd. 25. Ders. und Haas, Über die Veränderung der hämolytischen Komponenten, besonders des Komplements im Blutserum der Syphilitiker. Med. Klinik Nr. 50. Ders., Die moderne Blut- und Liquordiagnostik der Geistes- und Nervenkrankheiten. Neur. Zentralbl. Nr. 24. Rittershaus, Die psychiatrisch-neurologische Abteilung im Etappengebiet. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 32 S. 271 (Orig.). Weygandt, Über die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbstmord. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 52 S. 75. Ders., Psychiatrische Aufgaben nach dem Kriege. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. Bd. 7 S. 35. Ders., Die Kriegsparalyse und die Frage der D. B. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63 S. 1186. Ders., Unfall und Dementia praecox. Mitt. d. Hamb. Staatskrankenanst. Bd. 15 S. 143.

1917.

Haas, Beiträge zur Serologie und Klinik der kongenitalen Lues. In.-Diss. Freiburg i. Br. Kafka, Die Fermente der Zerebrospinalflüssigkeit des Menschen. D. med. Wochenschr. Nr. 7. Ders., Fortschritte der für die Psychiatrie und Neurologie bedeutsamen serologischen Forschungszweige. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Über die Bedeutung der Serologie für die Neurologie und Psychiatrie. Jahresber. f. Psych. Bd. 20 S. 9. Ders., Über die Bedeutung neuerer Blut- und Liquorreaktionen für die Beurteilung und Behandlung nerven- und geisteskranker Kriegsteilnehmer. Münch. med. Wochenschr. Nr. 42. Ders., Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Berlin, Jul. Springer. Rautenberg, Wert des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens für die Kriegpsychiatrie. D. militärärztl. Zeitschr. S. 417. Weygandt, Hydrozephalus mit Tumor (Papillom des Plexus chorioideus). Neur. Zentralbl. S. 479. Ders., Über Psychologie und Psychopathologie der kriegführenden Völker. Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. Bd. 15 S. 201. Ders., Psychiatrische Gutachtertätigkeit im Kriege. Forensische Begutachtung. Jahresk. f. ärztl. Fortb., Maiheft. Hezel, Marburg, Vogt, Weygandt, Die Kriegsschädigungen des Nervensystems. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

1918.

Jacobsthal und Kafka, Eine Methode der Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit mit kolloidalen Mastixlösungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11. A. Jakob, Zum gegenwärtigen Stande der Histopathologie der Geisteskrankheiten. Jahresk. f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Zur Klinik und Pathogenese der postkommotionellen Hirnschwäche. Münch. med. Wochenschr. Kafka, Über den Wert der Lumbalpunktion, besonders in der kriegsneurologischen und psychiatrischen Praxis. Jahresk. f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Zur Frage der Nervenlues, speziell über den Einfluß exogener Momente bei der Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 44 H. 1. Ders., Über die Kolloidreaktionen der Rückenmarksflüssigkeit. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 59 H. 2-3. Möllenhoff, Über Zunahme seniler Geistesstörungen im Kriege. In.-Diss. Panconcelli-Calzia, Weygandt, Helmcke, Die phonetische Behandlung von stimm- und sprachbeschädigten Kriegsverwundeten und -erkrankten. Vox 28 H. 3-4 S. 65. Weygandt, Über das Problem der Hydrozephalie. Arch. f. Psych. Bd. 59 S. 519 Ders., Zur Psychologie des Friedens. Deutschlands Erneuerung H. 2.

1919.

Dräseke, Zur Kenntnis des Gehirns der Nagetiere. Sitzungsber. d. Heidelb. Akademie d. Wiss., math.-nat., Kl. Abt. B. Hermel, Beiträge zur Klinik, Bakteriologie und Therapie von Bazillenträgern der Typhus- und Ruhrgruppe. Beitr. z. Klin. d. Infektionskr. Bd. S. 176. A. Jakob, Über einen besonderen Fall von Kommotionspsychose. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ders., Die Entzündungsfrage im Zentralnervensystem. Jahresk. f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Zur Pathologie der Rückenmarkserschütterung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 51. Ders., Über Entzündungsherde und miliare Gummen im Großhirn von Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Anfallsparalysen. Ebenda Bd. 52. Ders., Nachruf auf Franz Nißl. D. med. Wochenschr. 39. Ders., Über die Arteriosklerose des Nervensystems. Med. Klinik Bd. 32. Ders., Über das Wesen der progressiven Paralyse. D. med. Wochenschr. 43 Kafka, Das Blut der Syphilitiker mit besonderer Berücksichtigung der Spätlues des Zentralnervensystems. Jahresk. f. ärztl. Fortb., Maiheft. Ders., Blutforschung und Jugendirresein. Psych.-neurolog. Wochenschrift. Ders., Beiträge zur Liquordiagnostik der nichtluischen infektiösen Meningitis. D. med. Wochenschr. Ders., Über die Frage der diagnostischen Bewertung der Ergebnisse des Dialysierverfahrens nach Abderhalden in der Psychiatrie. Med. Klinik. Kestner-Weygandt, Die medizinische Fakultät der Universität Hamburg. Münch. med. Wochenschr. Bd. 42. Moser, Über die Pathogenese der Dementia praecox. In.-Diss. Hamburg. Rittershaus, Zur Frage der Kriegshysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig.-Bd. 50 S. 87. Ders., Beitrag zur Frage: Verbrechen und Hysterie. Zeitschr. f. Psych. Bd. 75 S. 720. Ders., Der Heimtransport von Geisteskranken im Kriege. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. 21 S. 141. Ders., Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins, unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zu organischen Gehirnkrankheiten und zur Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig.-Bd. H. 00. Ders., Forensisches vom westlichen Kriegsschauplatz. Psych.-neurol. Wochenschr. 22. Jahrg. Ders., Ein Fall von Pseudonekro-



ie. Arch. f. Kriminologie. Weygandt, Ist die iburger Universität ein Wagnis? Lit. Gesellschaft 4 H. 5.

1920.

Brennecke, Debilität, Kriminalität und Revo-n. Arch. f. Psych. (im Druck). A. Jakob, Über Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindenge-. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 54. Ders., Klinik und pathologischen Anatomie der stationären ilyse. Ebenda Bd. 54. Ders., Die Bedeutung der ·ohistopathologie für die Erforschung der Geistes-kheiten. Münch. med. Wochenschr. (im Druck). ·s., Die Ätiologie der Paralyse. Rev. med. Hamb. Druck). Josephy, Über einen seltenen Fall von ; des Zentralnervensystems, kombiniert mit einer ophysenerkrankung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. :h. Kafka, Schlußwort auf „Erklärung" von ld zu obiger Arbeit. Med. Klinik Nr. 3. Ders., siologie, Pathologie und Untersuchung der Lumbal-igkeit. Jahresb. f. Psych. u. Neur. 1918 S. 147. rs., Blutforschung und Geisteskrankheiten. Med. ik Nr. 13. Ders., Atypische serologische Befunde bei Paralyse und ihre Bedeutung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. (im Druck). Ders., Kurze Bemerkungen zu der Arbeit von W. Gärtner „Was lehrt die serologische Sonderstellung des Liquor cerebrospinalis usw." Arch. f. Dermat. (im Druck). Ders., Über die neuen Ausflockungsreaktionen zur Luesdiagnostik in Blut und Liquor. Dermat. Wochenschr. (im Druck). Ders., Bemerkungen zu der Arbeit von Schönfeld „Über Befunde in der Rückenmarksflüssigkeit bei nervengesunden Menschen". D. Zeitschr. f. Nervenheilk. (im Druck). Ders., Serologische Studien zum Paralyseproblem. Münch. med. Wochenschr. (im Druck). Ders., Technik der Lumbalpunktion. Methoden zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Handb. d. biol. Arbeitsmethoden. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg (im Druck). Lua, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Alzheimerschen Krankheit. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Meggendorfer, Die Disposition zur Paralyse. Med. Klinik Nr. 12. Weygandt, Die Erkennung der Geistesstörungen (psychiatrische Diagnostik). München, J. F. Lehmann. Ders., Forensische Psychiatrie. II. Teil. Leipzig, G. J. Göschen (im Druck).

V. Kafka.

Welchen Einfluß hatte die Kriegsernährung auf die Angehörigen der Heilanstalt Dösen?

Von Oberarzt Dr. **Liebers**, Sächs. Heilanstalt Dösen.

(Schluß.)

Der Einfluß der Kriegsernährung auf Morbidität und Mortalität. Abgesehen von dieser enormen Gewichtsabme machten sich nun die ungünstigen und unügenden Ernährungsverhältnisse vor allem be-rkbar in einer Zunahme der Mortalität und rbidität.

Die Mortalität, welche vor Kriegsbeginn jähr- etwa 25 bis 30 v. H. der Gesamtabgänge be-g, stieg 1915 bis 1917 an auf 50,1 bis 56,2 bis 7 v. H. und sank 1918 wieder etwas auf 66 v. H., s sich sehr gut mit den besseren Ernährungs-hältnissen in diesem Jahre und der höheren Ka-ienzahl gegen 1917 in Zusammenhang bringen t. Dafür, daß dies nicht etwa durch Rückgang Entlassungszahl an und für sich bedingt war, echen auch die absoluten Zunahmen der Todes-e. Dieselben betrugen im Durchschnitt 1910 1913: 157, 1914: 233, 1915: 307, 1916: 463, 1917:). 1918: 357; oder in Prozenten des Krankenbe-ndes ausgedrückt: 1914: 17,8, 1915: 23,3, 1916: 6, 1917: 47,1, 1918: 33,7.

Das Jahr 1918 mit seinen etwas besseren Er-hrungsverhältnissen zeigt also auch hier eine ine Besserung der Verhältnisse, offenbar wohl auch mit aus dem Grunde, weil in den ersten Jahren des Krieges bis dahin die weniger widerstandslosen Kranken schon gestorben waren.

Weiterhin zeigte sich der schädliche Einfluß der schlechten Ernährungsverhältnisse in einer großen Zunahme der Morbidität und namentlich in einer Zunahme der die Körperkräfte am meisten mit angreifenden Krankheit, der Tuberkulose, die in der Anstalt früher keine große Verbreitung hatte, sich aber im Kriege trotz Absonderung der an offener Tuberkulose Erkrankten in zwei bestimmten Häusern rasch verbreitete und erhöhte Opfer forderte.

Durch die neueren Untersuchungen und experimentellen Forschungen ist ja bekanntlich gezeigt worden, daß die „statische Immunität" hauptsächlich durch schlechte Ernährungsverhältnisse leidet, und man kann dies ja auch jetzt experimentell bekanntlich nach der Methode Deyke-Much nachweisen.

Die Tuberkulose trat als Todesursache auf:

	1914	1915	1916	1917	1918
männlich . . .	10	9	9	10	32
weiblich . . .	15	7	43	82	81
zusammen . .	25	16	52	92	113



Das Prozentverhältnis der an Tuberkulose Verstorbenen betrug:

	1914	1915	1916	1917	1918
männlich . . .	7,5	4,2	3,2	3,8	17,4
weiblich . . .	15,0	7,7	23,4	35,8	52,9
zusammen . .	10,7	5,2	11,2	17,7	33,5

Auffallend ist das stärkere Befallensein der weiblichen Kranken, gegenüber den männlichen Kranken.

Die unzureichenden Ernährungsverhältnisse bildeten weiterhin auch eine Hauptursache für das gehäufte Auftreten und den ungünstigen Verlauf einer bazillären Ruhr, die 1915 bis 1918 in epidemischer Ausbreitung in der Anstalt grassierte und im Jahre 1917 den Höhepunkt mit 304 Krankheitsfällen erreichte, wovon 225 Fälle männliche Kranke betrafen. Nicht nur führte die Krankheit selbst in vielen Fällen direkt zum Tode, sondern es starben auch noch sehr viele Kranke nach Überwindung der akuten infektiösen Erscheinungen an einer hinterbliebenen starken allgemeinen Ermattung und Erschöpfung, die unter dem Auftreten von sog. kachektischen Ödemen hauptsächlich an den abhängigen Körperpartien begleitet war (s. dazu die Arbeit von Dr. Krekeler, Psych-Neurolog. Wochenschr. 1918-19 Nr. 15 bis 20), in der auch die schlechten Ernährungsverhältnisse für den ungünstigen Ausgang stark mit verantwortlich gemacht werden.

Auch für das schnelle Umsichgreifen der im Oktober 1918 auftretenden Grippeepidemie, von der insgesamt 86 Männer und 206 Frauen befallen wurden und an der 16 Kranke starben, dürften die schlechten Ernährungsverhältnisse die Veranlassung mit gewesen sein.

Als spezifische Unterernährungskrankheit trat dann im Jahre 1917 in der Heilanstalt Dösen ebenso wie in anderen Anstalten sowie bei der Zivilbevölkerung die sogenannte Ödemkrankheit auf. Neben leichteren Fällen kamen 20 Fälle schwerster Art, fast alle bei Männern, zur Beobachtung. Das Ödem erstreckte sich in diesen Fällen nicht nur auf die Beine und abhängigen Körperteile, sondern war auch im Gesicht, an den Händen und teilweise auch am Rumpf anzutreffen. Daneben zeigte sich eine eigentümliche wachsartige Blässe der Haut mit starker ödematöser Durchtränkung des Unterhautzellgewebes. In einzelnen Fällen zeigten sich auch ziemlich beträchtliche Wasseranhäufungen in der Bauchhöhle. Der Urin zeigte sich dabei bei allen Kranken frei von Eiweiß, eine Beobachtung, die den auch anderswo gemachten Erfahrungen nach den Berichten der einschlägigen Literat[ur] entspricht. Weiterhin war auch charakteristis[ch], daß, abgesehen natürlich von den agona[len] Endstadien, sich Erscheinungen von Her[z]schwäche nicht fanden und daß auch Digital[is] und Diuretika keine auffallende Wirkung [un]d keinen deutlichen Einfluß auf die Rückbildung d[er] Ödeme zeigten. Auch nach den hier gemachte[n] Erfahrungen muß daher geschlossen werden, d[aß] ein Darniederliegen der Herzkraft für die Ents[te]hung dieser Ödeme nicht die Ursache sein kan[n]. Nach den Berichten der Literatur, in der häuf[ig] die Ödemkrankheit zu den Haferödemen und Näh[r]mehlschäden der Kinder in nahe Beziehung g[e]bracht wird, geht ja auch unzweifelhaft herv[or], daß die Ursache der Erkrankung in einer unz[u]reichenden Beschaffenheit der Nahrung und [in] einem gestörten Chemismus des Körperstoffwec[h]sels gesucht werden muß. Ob es nun der Mang[el] an den Vitaminen Funks ist, der von manche[n] Autoren stark beont wird, dürfte doch auch a[uf] Grund der teilweise hier gemachten Erfahrunge[n] nicht anzunehmen sein, da nämlich frisches Ge[]müse und Eierzulagen, also vitaminreiche Stoff[e] keine ersichtliche Änderung des Krankheitszustan[]des bewirkten. Auch Loewy macht auf diese[n] Punkt aufmerksam. Wahrscheinlicher scheint [es] vielmehr zu sein, wie Strauß vor allem beton[t], daß der Fettmangel der Nahrung und die durch de[n] Fettmangel bedingte mangelhafte Gefäßdichtun[g] und dadurch erhöhte Durchlässigkeit für Wass[er] das Entstehen der Ödeme veranlaßte. Daß St[ö]rungen des Fettstoffwechsels sicher mit in B[e]tracht zu ziehen sind, dafür sprechen die Beobac[h]tungen von Neūmann, Mause und Zondek, die experimentell im Blute eine Verminderung de[r] Lipoide, Neutralfette und Fettsäuren fanden (s. Loewy, D. med. Wochenschr. 1919 S. 14). Genauere Untersuchungen konnten infolge der Kriegsverhältnisse leider nicht vorgenommen werden.

Im übrigen zeigte sich als Folge einer ungenügenden und unzureichend zusammengesetzten Nahrung weiterhin seit 1915 eine Häufung von Furunkulosen und Zellgewebsentzündungen. Als Ursache dafür mußte hauptsächlich wohl mit eine häufig zu beobachtende auffallende Sprödigkeit der Haut betrachtet werden, für die wohl von Strauß und anderen Autoren mit Recht der Fettmangel der Nahrung verantwortlich gemacht wird. Außerdem muß natürlich die herabgesetzte lokale Abwehrkraft gegenüber bakteriellen Schädlichkeiten oder die sogenannte herabgesetzte lokale Organimmunität der Haut als Ursache des gehäuften Auftretens

eser und einer anderen der Krätze ähnlichen iufigen Dermatose betrachtet werden.

Was die in der Literatur häufig erwähnte iegsamenorrhöe der weiblichen Patienten anlangt, wurde auch bei den Kranken der Anstalt ein regelmäßiges Auftreten und teilweise ein monatenges Wegbleiben der Menses beobachtet. Doch uß von einer zahlenmäßigen Erfassung dieser scheinung abgesehen werden, da bekanntlich bei eisteskranken auch ohne ungünstige Ernährungsrhältnisse infolge der psychischen Erkrankung und für sich Unregelmäßigkeit und Aussetzen r Menses eine häufige Beobachtung sind. Doch allen mit der Pflege weiblicher Kranken betraun Pflegerinnen die Tatsache der Kriegsamenoröe aufgefallen.

Eine Änderung im Verlaufe der psychotischen krankungen an und für sich, die auf die veränrten Ernährungsverhältnisse zurückgeführt wern mußte, wurde nicht beobachtet, war ja wohl ich kaum zu erwarten. Wohl aber fiel auf, daß e heftigen Erregungszustände, wie sie im Frieen oft zur Beobachtung kamen, viel weniger heftig nd seltener in Erscheinung traten. Die gesamte sychische Energie, die dabei gewissermaßen ur Entladung kommt, zeigte sich eben auch durch e infolge der ungenügenden Ernährung stark hergesetzten geistigen und körperlichen Kräfte stark ermindert. Daß eine starke Ermüdbarkeit bei allen körperlichen Arbeiten usw. beobachtet wurde, bedarf wohl keiner näheren Ausführungen.

Wohl aber verdient noch näher erwähnt zu werden eine gesteigerte allgemeine nervöse Erregbarkeit, die sowohl bei Kranken als auch beim Personal unzweifelhaft mit der zunehmenden Verschlechterung der Ernährungsbedingungen sich zeigte. Die engen Beziehungen zwischen Abnahme des Ernährungszustandes und Steigerung der Erregbarkeit des Nervensystems sowie leichter geistiger und seelischer Ermüdbarkeit werden vor allem von Strauß auf die Unterernährung bezogen. Experimentell wurde ja von ihm und anderen Forschern auf eine Steigerung der Erregbarkeit des Atemzentrums bei Unterernährungszuständen hingewiesen. Mürrisches, reizbares, verdrossenes Wesen auf der einen Seite und auffallende Gleichgültigkeit auch den wichtigsten durch den Krieg und die Kriegsereignisse bedingten Vorkommnisse waren eine häufige Erscheinung bei allen Kranken. Ob die von Colla (Allgem. Ztschr. f. Psych. 75) in anderem Zusammenhang mitgeteilten Beobachtungen, daß nämlich die Kriegsereignisse sich so wenig im seelischen normalen und krankhaften Vorstellungsleben der Kranken abspiegelten, vielleicht auf eine infolge der verminderten Ernährung herabgesetzte Empfindlichkeit und Eindrucksfähigkeit für alle äußeren psychischen Eindrücke zurückgeführt werden muß, soll dahingestellt bleiben.



Wohl mit Recht aber wird vor allem von Strauß für die allgemeine nervöse Reizbarkeit das Hungergefühl verantwortlich gemacht, über das von fast allen geistig noch regsameren Kranken auch in der Anstalt Dösen fast immer während der ganzen Kriegszeit geklagt wurde. Die Klagen darüber hörten auch nicht auf bei Verabreichung einer durch Gemüse und Suppen voluminöser gemachten Nahrung, und es zeigte sich die Richtigkeit der von Kestner (D. med. Wochenschr. 1919) betonten Tatsache, daß das Volumen der Nahrung allein nicht imstande ist, ebenso nicht, wie z. B. Luftaufblähungen des Magens, das mangelhafte Sättigungsgefühl zu beseitigen. Nach Kestner ist es vor allen Dingen der Fettmangel der Nahrung, der dieses mangelhafte Sättigungsgefühl bewirkt, und die Erklärung dafür ist nach seinen Untersuchungen darin zu suchen, daß eine fettreiche Nahrung viel länger im Magen verweilt und den Magen langsamer verläßt, als eine selbst viel voluminösere Nahrung, die nur aus Eiweiß und Kohlehydraten besteht.

* * *

Nachdem in der Arbeit gezeigt worden ist, daß die während der Kriegszeit verabreichte Kriegsnahrung an Kalorienzahl weit hinter dem notwendigen Maß zurückblieb, soll zum Schlusse noch einiges gesagt werden über ihre Zusammensetzung hinsichtlich der, abgesehen von der notwendigen Kalorienzahl, unbedingt erforderlichen Menge an Fett und Eiweiß.

Über ein unbedingt notwendiges Fettminimum vermag sich mit Sicherheit die Ernährungsphysiologie auch auf Grund der durch die Kriegserfahrungen neugewonnenen Tatsachen noch nicht auszusprechen. Es fehlt daher vor allen Dingen auch noch an sogenannten Standardzahlen für das in der Nahrung zu einer ausreichenden Ernährung notwendige Fett. Aber soviel geht auch aus den in dem früheren Teile der Arbeit erwähnten Beobachtungen doch hervor, daß das Fett für die Ernährung nicht nur hinsichtlich seines Brennwertes von Bedeutung ist, sondern daß ihm jedenfalls auch ein Sondernährwert zukommt, der mit seinem hohen Brennwerte durchaus nicht zusammenfällt und auch nicht durch isodyname Mengen anderer Nahrungsmittel ersetzt werden kann.

Nach Stepp, Osborn, Mende, Mack-Callum und anderen sind es vor allem die in den verschiedenen Fetten vorhandenen Lipoide, welche für den Zellstoffwechsel von Bedeutung sind, und

ist, da die Lipoide für die Gehirn- und Nervenstanz bekanntlich eine ganz besonders hohe Betung haben, wohl ohne weiteres klar, daß die früheren Teil der Arbeit schon erwähnten nach-/iesenen Störungen des Lipoidstoffwechsels ädigungen der Gehirn- und Nervensubstanz beken müssen. Höchstwahrscheinlich wird auch urch die schon erwähnte allgemeine gesteigerte zbarkeit, die als Unterernährungsfolge mit anprochen werden muß, bedingt.

So hat man ja auch die Arbeitsunlust und Streik- unserer Tage mit als Folge der Unterernähg während der Kriegszeit abzuleiten gesucht rauß).

Während wie gesagt eine Standardzahl für die wendigen Fettmengen in der Nahrung noch nicht der Ernährungsphysiologie aufgestellt worden liegt die Sache bekanntlich anders hinsichtlich zu einer ausreichenden Ernährung notwen-n Eiweißzufuhr. Wenn schon im Frieden gelen worden war, daß geringere Eiweißmengen die Voitsche Zahl von 118 g als Eiweißminin zur Ernährung ausreichend war (Flügge, ıidvor, Caspari und andere — s. Loe-, D. med. Wochenschr. 1917 Nr. 6), wurde :h die Erfahrungen während der Kriegszeit von vielen Autoren, es soll außer den schon genannten nur noch der bekannte Hindhede erwähnt werden, gezeigt, daß bedeutend geringere Mengen ausreichend sind. Hindhede fand in mehreren Fällen schon bei 21, 22 und 30 g Eiweiß Stickstoffgleichgewicht, doch sind diese Zahlen wohl etwas zu niedrig, und Strauß hält auf Grund der Angaben auch der übrigen Autoren etwa 50 g Eiweiß bei im übrigen ausreichenden Kaloriengehalt der Nahrung für genügend zur Erhaltung des Körpergleichgewichtes und der Leistungsfähigkeit für mäßige und mittlere Anstrengungen. Loewy hält 60 bis 70 g dazu für erforderlich.

Es wurden, um diese Frage bei unseren Kranken zu prüfen, in der beigegebenen Tabelle II je Tag und Kopf die durchschnittlichen Eiweißmengen der gereichten Nahrungsmittel in die Tabelle eingesetzt. Die Berechnung geschah auch hier nach den Angaben in den schon erwähnten Moritzschen Tabellen. Es ergab sich durch Addition, daß der durchschnittliche tägliche Eiweißgehalt der täglich gewährten Kriegsnahrung betrug im Jahre 1914: 77,33 g, 1915: 61,21 g, 1916: 50,53 g, 1917: 60,26 g, 1918: 71,05 g.

Die Zunahmen der Eiweißmengen in den Jahren 1917 und 1918 wurden allerdings durch Zunahme



des vegetabilischen Eiweißes (Bohnenmehl, Suppengemüse, Gemüse, Kartoffeln) bedingt, während das animalische Eiweiß, also Fleisch, Milch usw., auch in diesem Jahre eine Abnahme zeigt, und es muß dabei in Betracht gezogen werden, daß das vegetabilische Eiweiß schlechter resorbiert wird als das animalische Eiweiß.

Immerhin beweisen diese Zahlen, daß auch nach den neuesten wissenschaftlichen Anschauungen der Eiweißgehalt der in der Heilanstalt Dösen an die Kranken verabreichten Kriegsnahrung auch während der ungünstigsten Jahre 1916 bis 1918 als einigermaßen ausreichend betrachtet werden muß.

Eine Zusammenfassung der Betrachtungen er-gibt also, daß die Kriegsernährung in der Heilanstalt Dösen während der Kriegsjahre 1915 bis 1918 in bezug auf Menge und Kaloriengehalt vor allem vollkommen unzureichend war, und in quantitativer Hinsicht unzureichend in bezug auf die zu niedrigen Fettmengen, daß infolgedessen es zu übermäßigen Gewichtsabnahmen und zu einer allgemeinen Herabsetzung der körperlichen Widerstandsfähigkeit kam, die nach außen hin hauptsächlich in Erscheinung trat durch eine Zunahme von Mortalität und Morbidität.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Zur Behandlung der Neurasthenie.

Die Neurasthenie ist eine unter den Erscheinungen r Ermüdung oder Erschöpfung verlaufende Erkranng des Nervensystems. Die Neigung zu ihrer Entsteng ist fast immer angeboren oder in früher Jugend worben. Die Neurasthenie entsteht durch übermäßige, tgesetzt einwirkende Reize in dem Gebiete des Gefühls- d Empfindungslebens, wie z. B. Sorge, Kummer, Gram, ttäuschung; sie entsteht ferner durch schwächende ankheiten, durch ungenügende Ernährung und Erhog. wie Nachtwachen, Krankenpflege. Meist wirken hrere Ursachen zusammen. Am wichtigsten bei der tstehung ist ein Mißverhältnis zwischen Müssen und nnen, wobei sich Gefühle von Angst, Sorge und Enttschung und sehr bald auch Schlaflosigkeit einstellen. Neurasthenie ist eine außerordentlich häufige Krankt, deren erste Erscheinungen trotzdem nicht immer htig erkannt werden. Das mag oft daran liegen, die Krankheit nicht immer in voll ausgebildeter rm auftritt, daß sich vielmehr nur vereinzelte Ereinungen bemerkbar machen. Dahin gehört z. B. der rasthenische Kopfschmerz, neurasthenische Herzbewerden, Überempfindlichkeit gegen Geräusche und m, unbegründet leicht eintretender und unverhältmäßig lange anhaltender Ärger, Abnahme der körperen und geistigen Leistungsfähigkeit und ungewöhnlich h eintretende Ermüdung, Schlaflosigkeit oder unruhi- durch beängstigende Träume gestörter Schlaf.

Die Behandlung, die einem erfahrenen Nervenarzte ertraut werden muß, pflegt sich, auch in leichteren len, in die Länge zu ziehen.

Das erste Erfordernis für eine erfolgreiche Behandg ist Ruhe. Die Kranken müssen also aus dem Be heraus, müssen Urlaub nehmen, und müssen sich in Urlaub einer ungestörten Ruhekur hingeben. Damuß zunächst alles vermieden werden, was die durch it krank und überleicht erregbar gewordenen Ner- weiter zu erregen imstande ist, wie Sport, lange anstrengende Spaziergänge, körperliche Arbeit, Tur- und Gymnastik u. a. Das beste und am schnellsten Nervenruhe wieder herstellende Mittel ist die Liege- im Freien. Ferner müssen alle nervenerregen- Genußmittel, wie Kaffee, Tabak, Alkohol, übermäßige ischnahrung, vermieden werden. Durch geeignete dikamente müssen die Nerven beruhigt und gestärkt, Schlaf, und zwar auskömmlicher Schlaf herbeigert werden. Diesem Heilungsprinzip dient in allererster ie das „Bromwasser von Dr. A. Erlenmeyer“. Als Ergebnis systematischer Versuche und Beobachtungen wird es aus natürlichem Mineralwasser hergestellt, enthält also dessen natürliche Salze und dessen natürliche Kohlensäure; ihm sind drei Bromsalze zugesetzt, die den Höchstgehalt an elementarem Brom aufweisen. Die Wirkung aller Bromsalze ist eine tonisierende, d. h. eine beruhigende und zugleich stärkende. Sie hängt ab von der Dissoziation der Bromsalze, d. h. der Bildung der Bromwasserstoffsäure, die das eigentlich wirkende Prinzip ist. Diese Bildung wird durch die Einwirkung der natürlichen Kohlensäure eingeleitet, beginnt mithin schon in der Flasche. Darauf beruht einerseits die überraschende Wirkung des „Bromwassers von Dr. A. Erlenmeyer“, die anderseits dadurch hervorgebracht wird, daß — nach der Ionentheorie — die Lösung eines Bromsalzes in einer zweiten und dritten Bromsalzlösung eine Steigerung der Konzentration und damit eine Steigerung der Wirkung hervorruft.

Es liegt jetzt eine 35 jährige Erfahrung über die Wirkung dieses Bromwassers vor, das im Jahre 1884 von der Firma Dr. Carbach & Co. in Bendorf am Rhein in den Apothekerhandel gebracht worden ist. In diesen 35 Jahren sind ungezählte Brompräparate aufgetaucht, alle aber sind wieder verschwunden, nur das „Bromwasser von Dr. A. Erlenmeyer“ hat sich siegreich erhalten. Das mag auch noch durch eine andere hervorragende Eigenschaft verursacht sein, nämlich die, daß es durch die Wirkung seiner natürlichen Kohlensäure die Ausscheidung der Bromsalze beschleunigt, also ihre Aufstapelung im Organismus verhindert. Das, was man mit dem wissenschaftlichen Namen den Bromismus nennt, kommt also beim Gebrauch dieses Bromwassers fast nicht vor.

Weitere wichtige und wertvolle Grundsätze der Neurasthenie-Behandlung sind zweckmäßige Ernährung und regelmäßige und richtige Hautpflege. Die Ernährung sei durchaus keine einseitige. Fleischnahrung allein ist ebenso verwerflich wie ausschließliche Gemüse- und Obstkost. Gemischt soll die Kost sein, aber die Fette und Kohlehydrate oder Stärkemehlkörper sollen im Überschuß sein. Bei der Hautpflege sollen die Wassertemperaturen jedes Übermaß vermeiden. Das gilt sowohl nach unten wie nach oben. Für das erkrankte, durch allzu große Erregbarkeit sich kennzeichnende Nervensystem sind nur diejenigen Badetemperaturen angezeigt und nützlich, die der normalen Körpertemperatur am nächsten liegen.





Bakteriologischer Befund:

Kulturversuche haben ergeben, daß die Probe frei von schädlichen Mikroorganismen war.

Aus dem Gutachten des öffentl. Lab. von Dr. Aufrecht, Berlin:

Chemischer Befund:

Wasser	7,88 %
Stickstoffsubstanz	67,96 %
Fett (Ätherextrakt)	2,80 %
Lösliche Kohlenhydrate	19,12 %
Unlösliche Kohlenhydrate	0,52 %
Rohfaser	0
Asche	1,72 %
Phosphorsäure	0,46 %

Von der Stickstoffsubstanz erwiesen sich als verdaulich 88,2 %

Nach diesem Befund halte ich die Probe für ein beachtenswertes Präparat. Es ist besonders gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an leichtverdaulichen Eiweißstoffen, besitzt bei sachgemäßer Aufbewahrung eine gute Haltbarkeit und gibt, mit Wasser oder Milch angerührt und aufgekocht, eine schmackhafte Speise von reinem, mildem Geschmack. In hygienischer Beziehung gibt sie zu einer Bemängelung keinen Anlaß.

Kostenfreie Muster stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.

Trocknungs-Werke Oetker & Co., G. m. b. H., Bielefeld

eiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 9/10. 1920/2

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 9/10. 5. Juni **1920/21.**

Bezugspreis: M 5,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Dr. Albert Behr †.

Am 18. Mai 1919 ist der Direktor der livländischen Landesanstalt Stackeln Dr. Albert Behr verstorben als ein Opfer der bolschewistischen Banden, die nach dem Abzug unserer Truppen Livland überschwemmten. Ein Bericht seiner Oberpflegerin Frl. Grot, die viele Jahre unter seiner Leitung dem Pflegepersonal der Männerabteilung vorgestanden hat und der es gelungen ist nach Deutschland zu flüchten, schildert diese Zeit und die Leiden, die die Anstalt und deren Beamte über sich ergehen lassen mußten. Ich lasse ihre Worte unverkürzt folgen: „Am 20. Dezember 1918, 2 Tage nach dem Abzuge der deutschen Truppen, besetzten die Bolschewiki Stackeln, erwählten einen Räterat und nahmen die Leitung der Anstalt in ihre Hand. Der Direktor wurde Arzt einer Abteilung und mußte seine Wohnung verlassen und 4 kleine Zimmer beziehen. Alle unbewohnten Zimmer wurden in Beschlag genommen, selbst die Frauenhäuser wurden nicht verschont. Bald glich die Anstalt mehr einer Kaserne mit vandalisierenden Soldaten als einem Krankenhause. Pfleger und Pflegerinnen wurden in das wilde Treiben hineingezogen. Machtlos mußte der Direktor den völligen Zusammenbruch seiner Schöpfung mit ansehen. Am 24. April wurden der Direktor, seine Familie und ich verhaftet und um 2 Uhr nachts mit 25 andern Gefangenen bei strömendem Regen zu Fuß nach Wolmar (20 km von Stackeln) ins Gefängnis getrieben. Hier wurde der Direktor von seiner Familie getrennt und ins Gefängnis nach Smilten gebracht, wo er am 18. Mai am Fleckfieber gestorben ist. 8 Tage vor seinem Tode gelang es einer Schwester der Anstalt, den Direktor im Gefängnis zu besuchen. Er soll entsetzlich unter der Unsauberkeit, dem

Hunger und den Erschießungen, die täglich vor den Fenstern der Gefangenen vorgenommen wurden, gelitten haben. Einen Tag vor seinem Tode ist er erst ins Lazarett gebracht worden. Dank den Bemühungen eines früheren Sanitärs der Stackelnschen Anstalt gelang es, den Direktor auf dem Kirchhofe zu bestatten, wenn auch nur in der entlegensten Ecke dicht an der Mauer. — Die Anstalt wird jetzt wohl in lettische Hände übergegangen sein."

Behr war ein eigenartig veranlagter Mensch. Als Sprößling einer Familie, deren Glieder durch viele Geschlechter mit Erfolg in akademischen Berufen tätig gewesen waren, am 3. November 1860 a. St. zu Mitau in Kurland geboren, verband er mit regem wissenschaftlichem Streben ausgebreitete literarische Neigungen, in seinem Berufe mit idealem Streben eine zähe, nachhaltige Energie und ein großes Geschick die Menschen für seine Bestrebungen zu gewinnen. Als Student der Medizin in Dorpat hatte er zuerst zoologisch gearbeitet, in späteren Semestern kam er durch Kräpelin zur Psychiatrie und fand hier das Gebiet, auf dem sich sein ärztlicher Beruf und seine literarischen Neigungen zusammenfanden. Von der Eigenart, wie er psychiatrische Fragen behandelte, zeugen seine größeren, in der Allgem. Zeitschr. f. Psych. erschienenen Arbeiten („Bemerkungen über Erinnerungsfälschungen und pathologische Traumzustände", Bd. 56 S. 918 und „Über den Glauben an die Besessenheit," Bd. 63 S. 5), und selbst seine letzte rein klinische Arbeit, die im vorigen Jahrgang der genannten Zeitschrift erschienen ist „Über die Formen der Psychosen bei der Landbevölkerung Livlands während der Jahre 1903-17" konnte er nicht umhin mit einem Goethewort zu schließen. — Auch die Weise, wie er an die Spitze einer neu zu errichtenden Irrenanstalt gelangte, ist eigenartig. Nach Beendigung seiner Studien hatte er sich als Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten in Riga niedergelassen und bald brachte ihn der Mangel ausreichender Pflege seiner meist der ärmsten Bevölkerung angehörenden Kranken dazu, sich mit der Ausbildung weiblicher Pflegekräfte für die Pflege Geisteskranker zu beschäftigen. Mit nimmermüdem Eifer verstand er es, weibliche Kräfte, auch der gebildeten Stände, zum Pflegerinnenberufe heranzuziehen und die leitenden Kreise des Landes für seine Pläne zu gewinnen. So kam es, daß er, als im Jahre 1899 die livländische Ritterschaft die Errichtung einer Landesirrenanstalt beschloß, zu den vorbereitenden Arbeiten hinzugezogen wurde. Auf Reisen in Deutschland lernte er die hauptsächlichsten Formen der neuzeitlichen Anstalten kennen und nach seinen Plänen wurde die Anstalt bei Stackeln im Waldgebiet zwischen Wolmar und Walk errichtet. (Beschreibungen der Anstalt mit Plänen hat er in der St. Petersburger med. Wochenschrift 1906 Nr. 7 und in den „Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke" bei Marhold, Halle gegeben.) Bei der Einrichtung der Anstalt hat er sich von Anfang an bemüht, möglichst weitgehend weibliche Pflegekräfte bei der Pflege geisteskranker Männer zu verwenden und mit allerbestem Erfolg. Seine Anschauungen und Erfahrungen darüber hat er in dieser Wochenschrift 11. Jahrg. Nr. 41 S. 357 niedergelegt. Auch in andern Richtungen hat er seine Anstalt vorbildlich entwickelt, wobei er vielfach eigne Wege gegangen ist. Ein trauriges Geschick hat ihn zum Zeugen des Zusammenbruchs seiner Lebensarbeit gemacht.

Dehio-Colditz.

Über den Unterricht der Medizinstudierenden in der Psychologie.

Von Professor **M. Reichardt,** Würzburg.

Die Forderung, daß der angehende Arzt auf der Universität auch Psychologie hören müsse, ist ebensowohl von seiten der praktischen Ärzte als auch zahlreicher Hochschullehrer aufgestellt worden. Es ist hierüber schon eine recht umfangreich[e] Literatur entstanden. Die letzte Veröffentlichun[g] stammt von Hoppe. Bei diesen Erörterunge[n] über die Notwendigkeit eines pflichtmäßigen Unte[r]



richtes in der Psychologie für die Medizinstudierenden scheint mir aber im allgemeinen zu wenig beachtet zu werden, daß es gegenwärtig eigentlich drei Arten von Psychologie als Lehrfach gibt, und daß dementsprechend auch besonders hervorgehoben werden müßte, welche Psychologie für den angehenden Arzt vor allem wichtig ist, und in welcher für ihn ein Unterricht stattfinden solle. Man kann, ohne zu sehr zu schematisieren, unterscheiden 1. die von Philosophen gelehrte Psychologie; 2. die „offizielle", vorwiegend experimentelle, physiologische Psychologie und 3. die sogenannte medizinische Psychologie.

Die von Philosophen getriebene Psychologie kommt für den lernenden Mediziner und späteren praktischen Arzt nicht in Betracht. Ihr Wert für die Pathologie ist, wie dies Bleuler mit Recht hervorhebt, gleich null, ja negativ. Sie ist nicht nur unnütz, sondern führt vielfach geradezu in die Irre (hiermit will ich selbstverständlich nichts gegen die Aufnahme einer philosophischen Vorlesung in den medizinischen Lehrplan sagen; ich spreche hier nur von der Psychologie).

Die Lehrer der physiologischen, vorwiegend experimentellen Psychologie an den Universitäten sind großenteils Nichtmediziner; oder sie stehen mit der Medizin nicht mehr in engerer Fühlung und haben wohl auch keine eingehendere Anschauung von den hauptsächlichsten psychologischen Bedürfnissen des praktischen Arztes. Das Lehrgebiet der physiologischen Psychologie selbst pflegt gerade dort aufzuhören, wo die Psychologie anfängt, für den Mediziner am wichtigsten zu werden. Die physiologische Psychologie ist für den Arzt zu „peripherer" Natur (ein Ausdruck, den auch Bleuler gebraucht); sie beschäftigt sich in erster Linie mit Dingen, die für den Arzt in der Praxis nicht von irgendwie grundlegender Bedeutung sind. Wenn die Psychologen Külpe und Marbe mit Recht den großen Wert der von ihnen vertretenen Psychologie speziell für die Psychiatrie betonen, so denken sie vorwiegend an die wissenschaftliche Psychopathologie und Psychiatrie. Von den psychologischen Bedürfnissen des praktischen Arztes, die in wesentlich anderer Richtung liegen als die Bedürfnisse des Fachpsychiaters, sprechen sie kaum oder gar nicht. Nun bin ich gewiß mit mich und anderen der Überzeugung, daß es außerordentlich wünschenswert wäre, wenn der angehende praktische Arzt auch diese von Psychologen gelehrte Psychologie, z. B. in den vorklinischen Semestern, hören könnte. Aber ich fürchte, daß hierfür nicht genügend Zeit zur Verfügung stehen wird. Dieser Zeitmangel im ärztlichen Studienplan wird wohl dazu zwingen, zwischen der physiologischen (experimentellen) Psychologie und der medizinischen Psychologie zu wählen. Und dann wird die Wahl auf die medizinische Psychologie fallen. Denn sie ist für den praktischen Arzt (und nur auf seine Bedürfnisse kommt es hier an) noch wichtiger.

Die medizinische Psychologie (der Name stammt in seiner gegenwärtigen Bedeutung meines Wissens von Bleuler) beschäftigt sich mit den allgemeinen und individuellen Persönlichkeits- und Charakterveranlagungen, sowie den seelischen Reaktionen aller Art, insbesondere mit allem, was sich um die Emotion und die Suggestion gruppiert. Der Arzt wirkt z. B., bewußt oder unbewußt, auf seinen Klienten suggestiv ein, in günstigem Sinne, manchmal leider auch (ohne es zu wollen) in ungünstigem Sinne. Er muß daher insbesondere dieses wichtige ärztliche Werkzeug der Suggestion gründlich kennen lernen und beherrschen. Er muß wissen, daß der Kurpfuscher im wesentlichen durch geschickte Suggestion und durch seine angeborene vorzügliche Menschenkenntnis wirkt und Erfolge erzielt. Der Arzt muß ferner die zahlreichen affektiven Reaktionen der Gesunden, Kranken, Psychopathen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln lernen. Zur medizinischen Psychologie gehören weiterhin die Beziehungen zwischen Psyche und Körper, zwischen Psyche und Sexualität (Onanie!), die Reaktion der Psyche auf körperliche Krankheiten, das Verständnis für die Seele des Kranken oder sich krank Fühlenden, für die Psyche der Angehörigen, der Eltern usw.; die Beziehungen zwischen Psyche und Genußmitteln (Alkohol!, Morphium!); die psychischen Grenzzustände, die Psychoneurosen und Psychopathien (besonders die psychopathischen Reaktionen); Hysterie und Simulation; die Lehre von den psychischen Ursachen, die Psychotherapie und psychische Hygiene. Medizinische Psychologie ist also nicht nur Neurosenlehre. Ebenso wie die Übergänge zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit (bzw. Abnormität) fließende sind und ebenso wie ein Gesunder in einem starken seelischen Ausnahmezustand als „kränker" erscheinen kann als mancher Abnorme, — ebenso darf man auch den medizinisch-psychologischen Unterricht nicht auf die Neurosenlehre beschränken. Trefflich hat neuerdings z. B. Hellpach die Aufgaben des psychologischen Unterrichtes für Mediziner geschildert (wenn er auch nicht ausschließlich von der medizinischen Psychologie in meinem Sinne spricht). Er zeigt, wie oft gegenwärtig noch der Arzt in praktischer Psychologie einem Gefängnis-



inspektor, Geistlichen, Lehrer, einer Fürsorgedame unterlegen ist.

Bei der „medizinischen Psychologie" liegt also der Nachdruck auf dem Beiwort „medizinisch". Sie ist die *für den Arzt besonders wichtige praktische Psychologie*. Sie ist z. T. aus der ärztlichen Menschenkenntnis hervorgegangen, vor allem aber aus psychopathologischen Erfahrungen. Mit der sog. Vulgärpsychologie hat sie nichts zu tun; im Gegenteil soll der angehende Arzt durch den Unterricht in der medizinischen Psychologie von den primitiven und oft grundfalschen, abergläubischen Anschauungen der Vulgärpsychologie befreit werden. Die medizinische Psychologie ist von Medizinern geschaffen worden und ist jetzt so weit entwickelt, daß sie auch gelehrt werden kann. Gewiß sind ärztliche Menschenkenntnis und psychologisches Taktgefühl großenteils angeborene Eigenschaften, die vorhanden sein oder fehlen können. Aber der medizinische Psychologe ist jetzt in der Lage, auch demjenigen angehenden Arzt konkrete Kenntnisse in der praktischen Psychologie zu übermitteln, der aus eigener Anlage kein ärztlicher Menschenkenner geworden wäre. — Was der Mediziner braucht, dies kann nur der Mediziner wissen; und dementsprechend sollte die medizinische Psychologie (zu welcher ich also auch die Neurosenlehre und die Psychotherapie rechne) auch nur von Medizinern gelehrt werden, — eine Schlußfolgerung, welche die Würzburger medizinische Fakultät gelegentlich der Stellungnahme zu der Frage der Neuordnung des medizinischen Studiums auch gezogen hat.

Die absolute Notwendigkeit eines solchen medizinisch-psychologischen Unterrichtes ergibt sich von selbst für jeden Arzt, der die überaus zahlreichen Fehler kennt und sieht, welche tagtäglich im Gebiet der praktischen Psychologie von Ärzten begangen werden (und zwar nicht nur von Ärzten in der allgemeinen Praxis, sondern auch von Ärzten in Kliniken und Krankenhäusern). Ich möchte hier nur auf das Begutachtungsfach und auf die *Begutachtungstätigkeit des Arztes* hinweisen, wo das Fehlen praktischer psychologischer Kenntnisse besonders oft und besonders deutlich in die Erscheinung tritt und oft auch recht schlimme Folgen hat. Sobald ein Ausnahmezustand des normalen Seelenlebens oder eine psychopathische Reaktion bei den zu Begutachtenden in Frage kommt, werden (auch seitens mancher hochangesehener Gutachter) gewöhnlich besonders schwere Fehler begangen. Und wie oft unterliegt der Gutachter selbst irgendwelcher irreführenden Suggestion! *Eine sachgemäße Begutachtungstätigkeit des Arztes* — und w cher Arzt hat keine Gutachten zu erstatten! — i *ohne praktische medizinische Ps chologie einfach nicht durchfüh bar*. Vor allem ist auch ein Unterricht in der I gutachtungstätigkeit von einem Lehrer, der ni die praktische medizinische Psychologie gründl beherrscht, undenkbar. Ich würde es daher a für einen schweren Fehler halten, wenn — wie d zum Teil gefordert und geplant worden ist — Versicherungsmedizin ohne weiteres mit der richtlichen Medizin verbunden und ausnahm vom gerichtlichen Mediziner im Nebenamt gel werden würde. Zudem ist die Versicherungsm zin nicht nur Begutachtungstätigkeit, sondern allem auch Behandlung und Prophylaxe. Und a hier spielt die praktische medizinische Psychol eine Hauptrolle; ich erinnere nur an die geeig Prophylaxe und rechtzeitige psychische Beha lung der sogenannten Unfallneurosen. Der v sicherte Verletzte braucht in viel höherem M Psychotherapie als der nicht versicherte. M kann geradezu von einer *Unfallpsycholo* und Versicherungspsychologie sowie von *soz ler Psychotherapie* sprechen. Der soll der *soziale Erzieher und Bera des Volkes* werden. Aber er kann diesen p chologischen Anforderungen in der Praxis unm lich genügen, wenn er nicht selbst wenigstens Grundzüge der praktischen medizinischen Psyc logie beherrscht. — *Bleuler* hat den vort lichen Ausdruck des *„undisziplinier Denkens"* in der Medizin geprägt (die Sa selbst war dem Fachmann im wesentlichen v schon bekannt). Es ist vielleicht kein Zufall, der Kampf gegen das undisziplinierte Denken allem von medizinisch-psychologischer Seite genommen worden ist. Und ich meine, daß ger in den Vorlesungen über die Begutachtung und i die Versicherungsmedizin der Kampf gegen das disziplinierte Denken in der Medizin aufgenom werden sollte. Freilich ist auch hierzu medizini psychologische Vorbildung des betreffenden a demischen Lehrers notwendig.

Wie hoch auch von anderer Seite die medi sche Psychologie in dem von mir vertretenen Si eingeschätzt und wie sehr ein Unterricht hierin fordert wird, dafür sei nur der Aufsatz des V standes der medizinischen Klinik Göttingen, *Er Meyer*, als Beispiel angeführt. *Erich Me* nennt es u. a. ein Unglück, wenn beim medi schen Studium keine Zeit bleibt für die in Praxis so notwendige Neurosenlehre. Tatsäc ist die Kenntnis der leichteren seelischen und



isch-nervösen Krankheiten und Abnormitäten, sowie der Ausnahmezustände des gesunden Seelenlebens für den praktischen Arzt noch viel wichtiger als die Kenntnis derjenigen Krankheiten, die in der psychiatrischen Klinik gezeigt werden. Denn die leichteren Formen sind in der allgemeinen Praxis unendlich viel häufiger als die schweren Geisteskrankheiten im gewöhnlichen Sinne.

Die medizinische Psychologie und Psychopathologie wird wohl am besten von der psychiatrischen Klinik getrennt, vielleicht mit der Poliklinik für Psychisch-Nervöse verbunden. Auch scheint es mir richtig, sie erst in die späteren klinischen Semester zu legen. Ich glaube, daß dem Studierenden die allgemeinen medizinischen Anschauungen noch zu sehr fehlen, wenn die besonders schwierige medizinische Psychologie schon bald nach dem Physikum gelehrt würde. Ähnlich wie die medizinische Psychologie selbst großenteils aus Psychopathologie und Psychiatrie hervorgegangen ist, scheint es zweckmäßig zu sein, auch die medizinische Psychologie erst nach der psychiatrischen Klinik zu lehren.

Alles in allem möchte ich sagen: Wenn genügend Zeit im medizinischen Stundenplan zur Verfügung steht, dann ist Psychologie vom Fachpsychologen in den vorklinischen Semestern und medizinische Psychologie vom Psychopathologen in den klinischen Semestern zu lehren. Hat man aber zwischen der experimentellen und der medizinischen Psychologie zu wählen, so scheint mir die medizinische Psychologie für den Arzt in der Praxis die bei weitem wichtigere, ja völlig unentbehrlich zu sein.

Literatur.

Ach, Psychologie als Fach der ärztlichen Vorprüfung. D. med. W. 1919 Nr. 39 S. 1086. Bleuler, Notwendigkeit eines medizinisch-psychologischen Unterrichtes. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 701. Barth 1914. Ders., Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin. Berlin 1919, Springer. Bernhard Fischer, Neuordnung des medizinischen Studiums. München 1919, Lehmann. Hellpach, Neugestaltung des medizinischen Unterrichtes. Urban u. Schwarzenberg. 1919. Hoppe, Psychologie und Philosophie im Lehrgang des Mediziners. Münch. m. W. 1920 Nr. 10 S. 294. Külpe, Psychologie und Medizin. Zeitschr. f. Pathopsychologie 1912 Bd. 1. Marbe, Bedeutung der Psychologie für die Medizin. Fortschritte der Psychologie 1913 Bd. 1 S. 14. Erich Meyer, Reform des medizinischen Unterrichtes. D. med. W. 1919 Nr. 25 S. 693. Peters, Beziehungen der Psychologie zur Medizin. Würzburg 1913, Kabitzsch. Reichardt, Lehrbuch der Unfallbegutachtung. Jena 1916. Ders., Reform der ärztl. Vorbildung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1919 Nr. 22 S. 236. Ders., Beurteilung der sogenannten Unfallneurosen. Ergebnisse der ges. Medizin (Urban u. Schwarzenberg) 1920 Bd. 2. Ders., Unterricht und Prüfung der Medizinstudierenden in der gerichtlichen und sozialen Medizin. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1920. Schwalbe, Neuordnung des medizinischen Studiums. Leipzig 1918, Thieme. Stursberg, Mängel in der ärztlichen Vorbildung. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1918 Bd. 60 S. 189.

Warum schlägt die Wünschelrute aus?

Von Dr. **Artur Adler** in Berlin.

I. Haenel sagt in seinem Vortrage: Zur physiologischen Mechanik der Wünschelrute (Ber.: Münch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 2): „Die Wünschelrute ist ein ebenso einfaches wie wirksames Instrument, die Supinatoren dem Willenseinflusse mehr oder weniger zu entziehen, und zeigt feinste Veränderungen in allen Kontraktionszuständen in vergrößertem, augenfälligem Maße an."

Solch' feinste Veränderungen des Kontraktionszustandes aber können durch plötzliche Abgabe von Elektrizität durch die Haut herbeigeführt werden. Denn, wie ich mit Adolf Heydweiller (s. H., Über Selbstelektrisierung des menschlichen Körpers; Ann. d. Physik 1902) nachgewiesen habe, führen die Muskelzusammenziehungen zu beträchtlichen statischen Ladungen des Körpers, welche sich in der Regel nur allmählich ausgleichen.

Wenn nun die Leitungsfähigkeit des Erdreichs durch Vorkommen von Metalladern oder Wasser in demselben plötzlich vergrößert wird, so erfolgt, sobald der Rutengänger über ein solches gelangt, eine momentane Verminderung der elektrischen Ladung der Muskel-Disdiaklasten, die am schwächsten innervierten Supinatoren erschlaffen, die Antagonisten bekommen das Übergewicht — und die Wünschelrute schlägt aus.

Cécile und Oskar Vogts Hirnforschung.

Von **J. Bresler.**

Als Festgabe zu August Forels siebzigstem Geburtstag haben Cécile und Oskar Vogt einen umfangreichen Bericht: „Allgemeinere Ergebnisse unserer Hirnforschung" veröffentlicht.[1])

Es sind jetzt 25 Jahre her, seit O. Vogt begann, dieser Forschung seine Lebensarbeit zu widmen; Anlaß genug, ihn bei diesem Abschnitt zu den wissenschaftlichen Errungenschaften, die wir ihm verdanken, herzlich zu beglückwünschen und der Hoffnung Ausdruck zu geben, daß es ihm an der Seite der Lebensgefährtin und gelehrten und fleißigen Mitarbeiterin vergönnt sein möge, noch viele Jahrzehnte sein Lebenswerk weiterzuführen und es mit dem Erfolge einer restlosen Auflösung des Rätsels des Gehirnbaues und damit zugleich des Geisteslebens gekrönt zu sehen.

Wir Psychiater haben zwar alle die zahlreichen anatomischen Arbeiten O. Vogts stets mit dem Interesse, das sie auch seitens der praktischen Irrenkunde beanspruchen dürfen, verfolgt. Aber in der eingangs erwähnten größeren und übersichtlichen Beschreibung der bisherigen Ergebnisse ist uns Gelegenheit geboten, letztere im Zusammenhange und ausführlich kennenzulernen. Wir praktischen Psychiater haben zweifellos für unsere Anschauung über die Grundlage der Psychosen großen Gewinn, wenn wir uns von Vorstellungen über die feinste Anatomie des Gehirns und seine Organisation wenn auch nicht ausschließlich leiten — so weit ist sie noch nicht —, so doch wenigstens stets begleiten lassen. Zur Rechtfertigung dieser unmaßgeblichen Anregung möchte ich von den wichtigsten Einzelheiten in C. und O. Vogts Buch hier berichten, hoffend, daß dadurch mancher zum Studium der Vogtschen Forschungen selbst veranlaßt wird. Auf die Tausende hochinteressanter Einzelheiten kann hier selbstverständlich nicht eingegangen werden, das ist auch nicht beabsichtigt. Dazu muß jeder, der sich dafür interessiert, das Buch selbst studieren.

Die beiden Forscher unterscheiden in eine V[illegible] rinde und Teilrinde.

Zu ersterer gehören diejenigen Rindengebi[illegible] in denen die Markstrahlen nur bis in die unte[illegible] oder mittleren Zellschichten reichen, also der g[illegible] ßere Teil der Rinde vorwiegend von Nervenze[illegible] besetzt ist; Teilrinde ist gekennzeichnet dadur[illegible] daß die Markfasern bis in die erste (obers[illegible] Schicht reichen, für die Nervenzellen also we[illegible] Raum übrigbleibt (S. 295). Teilrinde ist in [illegible] Hauptsache die Rinde derjenigen Gebiete, wel[illegible] dem Geruchssinn dienen. Innerhalb dieses [illegible] reichs ist aber der Aufbau der Rinde wieder[illegible] ganz mannigfaltig (S. 296).

Alle übrigen Rindengebiete haben mit weni[illegible] bestimmten Ausnahmen Vollrinde.

Dem Aufbau dieser Vollrinde liegt überall [illegible] Gehirn die von Brodmann beim Gehirn [illegible] sechsmonatigen menschlichen Frucht gefund[illegible] Urschichtung zugrunde: dreimal folgt [illegible] eine zellarme eine zellreiche Schicht. C. und [illegible] Vogt stellten fest, daß unter der untersten (se[illegible] sten) Schicht sich noch eine zellärmere siebente [illegible] findet. Diese Abwechslung von zellreichen [illegible] zellarmen Schichten ist nun an sich bedeutungs[illegible] das Wesentliche dabei ist, daß bei der weite[illegible] Entwicklung des Gehirns und der Gehirnrinde [illegible] überall an der ganzen Gehirnoberfläche in je[illegible] dieser Urschichten eine Sonderart von Nervenz[illegible] len entsteht. Aber innerhalb jeder dieser Sond[illegible] arten entwickeln sich, und zwar keineswegs glei[illegible] zeitig, Unterarten, die je nach dem Bereich [illegible] Rinde verschieden sind.

Auf S. 304 und 305 geben C. und O. Vogt a[illegible] Abbildungen, welche die wesentlichen örtlic[illegible] Unterschiede des Rindenaufbaues und der Rind[illegible] schichtung beim erwachsenen Menschen dars[illegible] len. Diese Unterschiede betreffen die Schic[illegible] breite, die Zelldichtigkeit, die Zellgröße, die Z[illegible] anordnung und -verteilung (z. B. senkrechte o[illegible] wagerechte Reihenbildung), Auftreten von Sond[illegible] zellen in einzelnen Schichten, Einwanderung v[illegible] Zellen der einen Schicht in die benachbarte Schi[illegible] usw. All dieses wird nun an den Schichten sel[illegible] im einzelnen genau beschrieben. Es wird im A[illegible] schluß daran nachgewiesen, daß diese Unterschi[illegible] nicht auf mechanischen Einwirkungen beruh[illegible] sondern auf einem unabhängigen Streben und V[illegible] mögen der einzelnen Zellschichten zu besonde[illegible] selbständiger Entwicklung.

Für die horizontalen Markfasern hat O. V[illegible]

[1]) Erschienen im Journal für Psychologie und Neurologie 1919 Bd. 25, Ergänzungsheft 1 S. 277 bis 462. Mit 141 Textabbildungen und 5 Tafeln. Leipzig, J. A. Barth. Prof. O. Vogt ist Vorsteher der neurobiologischen Abteilung des Physiologischen Instituts der Berliner Universität. Die Gattin hat an seinen verdienstvollen und erfolgreichen Forschungen auf diesem Gebiete großen Anteil.



ein Grundschema aufgestellt; die einzelnen Faserschichten haben zu den Zellschichten bestimmte, feststehende, aus dem Zellaufbau ableitbare, nicht etwa mechanisch bedingte Lagebeziehungen.

Bei den Radiärfasern ist Zahl und Kaliber örtlich sehr verschieden. An manchen Stellen sind sie dichter, an anderen spärlich, neben dicken verlaufen oft sehr dünne. Hier sind die Faserbündel breit, dort schmal.

Die Horizontalfasern zeigen ebenfalls örtlich große Verschiedenheiten hinsichtlich Zahl, Kaliber und Richtung und hinsichtlich der Breite der Faserschichten. Auch dieses alles wird von C. und O. Vogt für zahlreiche Stellen der Vollrinde nachgewiesen, im einzelnen genauestens beschrieben und durch Abbildungen veranschaulicht.

Es wird im Anschluß daran die Frage erörtert, wie weit die einzelne den Markfaserbau betreffende Besonderheit einer Rindenstelle auf selbständiger Artung der betreffenden Rindenschicht beruht oder zusammen mit anderen Sondergestaltungen der gleichen Rindenstelle erstens nur besonderen Ausdruck einer und derselben Faserveränderung darstellen, zweitens auf die gleiche grobmechanische Ursache oder drittens auf das gleiche Differenzierungsprinzip zurückzuführen sind. Das Ergebnis ist, daß Unterschiede in der Horizontalfaserung verschiedener Schichten derselben Rindenstelle nicht besondere Ausdrücke einer und derselben Veränderung im Markfaserbau darstellen können, daß die Zurückführung verschiedener Abwandlungen der gleichen Rindenstelle auf dieselbe grobmechanische Ursache durch keine Tatsache bestätigt gefunden wird und daß auch dem gleichen Differenzierungsprinzip höchstens eine sehr geringe Bedeutung für die verschiedenen Besonderheiten der einzelnen Rindenstellen zugeschrieben werden kann. Dagegen lieferten C. und O. Vogts Untersuchungen ein äußerst reichhaltiges Material für die Tatsache, daß die an verschiedenen Rindenstellen wiederkehrenden Gleichheiten und Verbindungen mit anderweitigen großen Verschiedenheiten in Erscheinung treten, was genau so wie für die Zellschichtung eine weitgehende Selbständigkeit der einzelnen Faserschichten und Faserunterschichten erkennen und dementsprechend die unerwartet große Mannigfaltigkeit in den Faserungsbildern der Rinde auf selbständige Gestaltung der einzelnen Schichten und Unterschichten zurückführen läßt (S. 355).

Auf der Kuppe der Windungen ist bei der einzelnen Rindenstelle die Ausbildung aller unterscheidbaren Schichten am gleichmäßigsten und charakteristischsten. Nach dem Furchengrund zu und in diesem vollziehen sich Abweichungen; namentlich verschmälert sich die Rinde, besonders auf Kosten der V. und VI. Schicht und des Faserreichtums aller Schichten. Die Abgrenzungen zweier anstoßender Typen stößt daher in der Furche auf Schwierigkeiten.

C. und O. Vogt weisen darauf hin, daß die genaue Erkenntnis aller jener Verschiedenheiten unerläßliche Vorbedingung für Erkennung und richtige Beurteilung geringfügiger pathologischer Abweichungen wie auch für Bewertung der Besonderheiten im Rindenaufbau beim individuellen Gehirn ist, und daß die Tatsache der recht scharfen Begrenzung und selbständigen Gestaltung der einzelnen Schichten und Unterschichten zur Annahme besonderer auf sie begrenzter Sonderleistungen zwingt (S. 357). Aber keine der an die Urschichten gebundenen Funktionen kann irgendwo ganz verlorengegangen, noch kann eine ganz neue Funktion hinzugekommen sein; es kann nur eine weitere Differenzierung schon im Grundtypus vorhandener Leistungen in Betracht kommen, und die Ansicht, daß ganze Rindenfelder nur der Assoziation dienen oder daß das Gedächtnis an bestimmte Schichten gebunden sei, ist irrig (S. 358). Die Rindenfelderung, welche durch die Vielheit örtlicher Besonderheiten im Schichtenaufbau entsteht, ist so mannigfaltig, daß z. B. an einer Stelle in einer Rindenausdehnung von etwa 1 cm vier Felder aufeinanderfolgen, welche jedesmal in allen Schichten besondere Eigentümlichkeiten zeigen (S. 360).

Weitere Untersuchungen C. und O. Vogts haben zu dem Ergebnis geführt, daß die Felderung, wie sie bei der Markreifung des einzelnen Großhirns stattfindet und die sich auf Prozesse der letzten Fötalzeit und der ersten Lebensmonate bezieht, sich für lokalisatorische Ausnützung individueller Besonderheiten nicht verwenden läßt. Die Individualität des einzelnen Großhirns tritt erst in einer weit späteren Lebensperiode in Erscheinung. Diejenige Zerlegung der Hirnoberfläche in Felder, welche sich an die Aufeinanderfolge der Markreifung hält, ist keine Felderung im Sinne C. und O. Vogts, sie steht an Schärfe der Begrenzung der Bezirke sehr hinter dem Schichtenaufbau zurück, trennt vielfach dem letzteren nach sehr verschiedene Felder nicht voneinander, reißt andererseits einheitliche oder verwandte Schichtenfelder auseinander und gibt keine sicheren lokalisatorischen Hinweise, die wir nicht auch der Faserung des Erwachsenen entnehmen können.

Die Gliederung durch Windungen und die feldermäßige Gliederung durch die Mannigfaltigkeit



des Schichtenaufbaues haben wenig Berührungspunkte miteinander.

Es ist anzunehmen, daß sich die verschiedenen Schichten der einzelnen Felder einer gemeinsamen Funktion angepaßt haben, daß also die einzelnen Felder physiologische Elementarorgane darstellen (S. 398).

Zur Bestätigung dieser Annahme haben C. und O. Vogt Reizversuche am Cercopithecinengehirn angestellt, deren Anordnung und Ablauf sie näher beschreiben und die zu folgenden Ergebnissen führten (S. 399 und 461).

1. Komplexere Bewegungen des sog. Primärfeldes sind die gemeinsame Reaktion der oberflächlichen und der tiefen Schichten. Die Spezialbewegungen des Sekundärfeldes sind an die äußeren, ihre Einstellungsbewegungen an die inneren Schichten gebunden; dasselbe gilt vom Tertiärfeld. (Diese Felder sind Teile der vorderen Zentralwindung.) Die einzelnen Komponenten der bei stärkeren Strömen erzielten zusammengesetzteren Reaktionen sind als Funktionen ungleicher Schichten aufzufassen.

An e i n e r Stelle stehen die übereinandergelagerten Schichten in engeren Leitungsbeziehungen zueinander als verschiedene Stellen d e r s e l b e n Schicht. Innerhalb des einzelnen Rindenfeldes findet ein besonders inniges Zusammenarbeiten aller Schichten statt; bei aller funktionellen Selbständigkeit der einzelnen Schichten resultieren Leistungen, welche als Gesamtfunktion des ganzen Rindenquerschnitts aufzufassen sind.

2. Jedes Rindenfeld hat eine besondere Reizreaktion. Auch daraus ergibt sich, daß jedes Rindenfeld eine besondere Funktion besitzt.

C. und O. Vogt weisen darauf hin, wie unendlich viele psychische Variationen durch das verschiedenartigste Zusammenspiel der vorhandenen 200 funktionell verschiedenen Rindenfelder — so viele sind ihrer von C. und O. Vogt entdeckt — zustandekommen können, und welche breite Grundlage für individuelle Variationen des Seelenlebens durch ungleiche Ausbildung dieser 200 Felder und ihr Zusammenarbeiten gegeben ist, wie zahlreiche verschiedene klinische Bilder durch ungleiche Erkrankung der Felder und ihrer Schichten entstehen müssen (S. 443).

Wenn ein Rindenfeld zufolge seines besonderen Aufbaues Träger einer besonderen Funktion ist, so muß bezweifelt werden, ob nach seiner Zerstörung diese Funktion von einem anderen Rindenfeld übernommen werden kann; es kann höchstens durch kompensierende Mehrleistung anderer Felder ein Ausgleich stattfinden.

3. Auch die physiologischen Felder zeigen nicht nur die gleichen ungebrochenen Grenz-, sondern auch die haarscharfen Trennungslinien der architektonischen Felder.

4. Die an e i n e r Stelle eines architektonischen Feldes erhobenen Befunde dürfen in weitem Maße für das ganze Feld verallgemeinert werden.

5. Zwischen der Stärke der architektonischen Differenzen und derjenigen der reizphysiologischen Reaktionen besteht ein Parallelismus.

6. Der Gradation der Felder geht eine funktionelle parallel.

Die architektonischen Rindenfelder stellen zugleich fasersystematische Zentren dar.

Die weitgehende Differenz zwischen Gliederung nach Hirnwindungen und nach architektonischen Hirnrindenfeldern ist der Hauptgrund für die Unstimmigkeit der klinischen Bilder bei anscheinend gleichgelagerten Herderkrankungen; die Bearbeitung der letzteren muß daher auf der Grundlage der a r c h i t e k t o n i s c h e n Rindenfelder erfolgen. —

Auf die zahlreichen instruktiven bildlichen Darstellungen möchte ich noch besonders hinweisen.

Ich habe in der Einleitung von dem Nutzen dieser architektonischen Forschungen für die praktische Irrenkunde gesprochen. Das braucht an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt zu werden. Aber wie stellen sich die Fachpsychologen dazu?

Wo ist das Ich, das die Heerscharen der Nervenzellen leitet, das die Ordnung der Schichten, die zugleich eine geschichtlich gewordene, notwendige ist, aufrecht erhält, das über Ja und Nein, Wohl und Wehe, Krieg und Frieden entscheidet?

Muß es den Psychologen, der Seelenkunde ohne Gehirn betreibt, nicht verwirren, wenn er in diese Welt ungezählter Millionen von Einzelwesen — solches ist doch die Nervenzelle — und unausrechenbarer Zellverbindungen blickt? Ist nicht jede Nervenzelle ein selbständiges Wesen, etwas für sich Besonderes, das seine eigenen Beziehungen zu bestimmten anderen Nervenzellen und zu anderen Zellen überhaupt hat, das eine Welt für sich erlebt?

Muß es ihn — und uns alle — nicht schaudern, wenn inmitten ruhiger „introspektiver" seelischer Selbstbeobachtung — sich plötzlich das Tor zu einem märchenhaften Reich auftut, wenn sich unserem inneren Blick nicht mehr schemenhafte Gefühle, Empfindungen und Vorstellungen zeigen, sondern ein Volk von Zellen, jede eine Persönlichkeit für sich, jede von der anderen verschieden, ei-

Volk von Zellen, das, vom Schädel fest umschlossen, wir in uns tragen, und das unser Ich ist! Wenn ich bei jeder geistigen Regung fragen muß: an welcher Rindenstelle, in welcher Zellschicht, mittelst welcher Hilfsverbindungen denke ich oder denkt es in mir? an welcher Stelle befindet sich mein Ich in diesem Augenblick?

Ist am Ende Selbstwahrnehmung nichts weiter als daß ein Teil der Rindenzellen einen anderen wahrnimmt?

Und wo ist der Anfang des Wahrnehmens, der geistigen Tätigkeit?

Nervenzellen samt Faser sind Nachkommen der Keimzellen und leben, atmen und nähren sich wie diese und wie ihre Vettern, die Muskel-, Leber-, Blut- usw. Zellen; ihre anscheinend eigenartige Tätigkeit unterliegt doch denselben allgemeinen Gesetzen und Bedingungen. Bewußtsein und geistige Tätigkeit beginnt doch aber nicht erst da und dann, wo und wann im Körper Nervenzellen auftauchen oder sich Zellen in Nervenzellen umwandeln; andernfalls möchte ich gern erfahren, wie und woher dies plötzlich in den Körper hineinfährt! Man hat zwar gesagt: Nihil est in intellectu, quod non fuerit in sensu — aber der Intellektus muß doch erst vorhanden sein, ehe er etwas aufnehmen kann, und wo beginnt er aufzutauchen? Ist er etwas Präformiertes, wie die Winkel und Flächen des Kristalls, in dem sich der Strahl der Sonne bricht? Diesen Hinweis, den ich in meinem Bericht: Ergebnisse der Kriegspsychiatrie und Kriegsneurologie 1914 bis 1918 (Schmidts Jahrbücher d. ges. Med., Nov. 1919) gegenüber mancher Auffassung in der Neurosenlehre vorgebracht habe, kann ich nicht umhin, im Anschluß an die neuesten Ergebnisse der Hirnforschung zu wiederholen.

Und noch eins: Ist die Nervenzelle durch ihre Verbindungen mit anderen Nervenzellen für immer gefesselt oder kann sie selbständig andere Verbindungen eingehen? Sollte dieser Wechsel in der Art von Verbindungen nicht möglich sein, wo doch Festigkeit und Stärke der Verbindungen zwischen allen Graden bis zur vorübergehenden Aufhebung schwanken wie im Schlaf? —

Doch ich will nicht naturphilosophisch werden, aber C. und O. Vogts Werk, obgleich selbst nur reine greifbare Tatsachen bringend, verlockt dazu.

Mitteilungen.

— **Sachsen.** Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Sachsen. 5. Stück vom Jahre 1920, Nr. 30. Verordnung, die Erhöhung der Sätze in der durch Verordnung vom 19. März 1900 bekannt gegebenen Gebührenordnung für Ärzte, Chemiker, Pharmazeuten und Hebammen bei gerichtlich-medizinischen und medizinalpolizeilichen Verrichtungen betreffend; vom 26. Febr. 1920. Die Sätze für Schreiblöhne in Ziffer 3a sowie die Sätze in Ziffer 6 bis 57 der Gebührenordnung für Ärzte, Chemiker, Pharmazeuten und Hebammen bei gerichtlich-medizinischen und medizinalpolizeilichen Verrichtungen werden bis auf weiteres um 50 v. H. erhöht. Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Dresden, den 26. Februar 1920.

Die Ministerien der Justiz und des Innern.
gez. Dr. Harnisch. gez. Uhlig.

Ausgegeben zu Dresden am 13. März 1920.

— **Der Achtstundentag im Krankenhause.** Ihren so betitelten Aufsatz in der „Zeitschrift für Krankenpflege" 20. Januar-Heft, leitet Schwester Martha Jaecke mit folgenden trefflichen Bemerkungen ein:

„Von den 24 Stunden des Sonnentages sollen nach dem alten Freimaurerspruche acht Stunden der Arbeit, acht Stunden der Freundschaft und acht Stunden dem Schlafe gewidmet sein. Ein Ideal, das die Revolution unserer Zeit zur Wirklichkeit gemacht hat, wenigstens was die Arbeitszeit anbetrifft. Denn ob die Arbeitnehmer eine gleiche Stundenzahl der Freundschaft, d. h. doch edler Beschäftigung und dem Streben nach innerer Vervollkommnung einräumen, und ob sie gar für den Schlaf acht Stunden übrig haben, heutzutage, wo namentlich die junge Welt von toller Tanzleidenschaft ergriffen worden ist, dürfte doch mehr wie zweifelhaft erscheinen. Nun, wie dem auch sei: die erhebliche Kürzung der Arbeitszeit ist allen Ernstes mit aufrichtiger Freude zu begrüßen. Denn sie verwandelt den Menschen, der bisher fast einem Lasttiere glich, in ein höheres Wesen, oder versetzt ihn doch sicherlich auf eine höhere Stufe des Daseins. Wie in allen sozialen Fragen ist auch in der Herabsetzung der täglichen Arbeitszeit Deutschland vorangegangen, und dies ist anerkennenswert, ob auch klug, das steht auf einem anderen Blatte. Denn wenn nicht sämtliche großen Nationen denselben Schritt gleichzeitig tun, gerät unser Volk sehr bald in den Hintergrund und wird von den anderen überflügelt, weil ehrlicher Wohlstand nur durch angestrengte Arbeit der ganzen Nation erworben werden kann. Mit anderen Worten: ein Volk, das weniger arbeitet als ein anderes, verdient weniger als dieses und geht in gar nicht langer Zeit in seiner Zivilisation und Kultur zurück. Engländer und Franzosen arbeiten täglich 10 bis 12 Stunden, und selbst unsere bolschewistischen Nachbarn im Osten haben seit April 1918 eingesehen, daß sie mit ihren acht Stunden nicht auskamen, und sind wieder zu dem alten bürgerlichen Arbeitstag zurückgekehrt. Auch bei uns zulande klagen die Gutsbesitzer erbärmlich über die neue Ein-

richtung, die sie mit Recht für viel zu mechanisch halten, da sie zwar in den dunklen Wintermonaten ausreichend sein mag, aber nicht in den langen hellen Tagen der Erntemonate, wo die vorzeitige Niederlegung der Arbeit geradezu unersetzlichen Schaden anrichtet."

— **Der „Achtstundentag".** Dresden. Der Schutzverband der Berufskrankenschwestern hat mit den privaten Schwesternheimen und Schwesternvereinen folgenden Tarifvertrag für die Schwestern abgeschlossen. Der Vertrag tritt am 1. April 1920 rechtsverbindlich in Kraft. Das Diakonissenhaus, das Carolahaus und die Berufsorganisation haben sich ebenfalls mit den Tarifsätzen einverstanden erklärt. Dienstzeit: Die Dienstzeit beträgt bei 14 stündiger Dienstbereitschaft 12 Stunden bei ganzer Pflege, bei Tages- oder Nachtpflege bei 12-stündiger Dienstzeit 10 Stunden. Tagespflegesätze: Für ganze Pflege mit voller Beköstigung 12 M, für Tagespflege mit voller Beköstigung 10 M, für Nachtpflege ohne jede Beköstigung 15 M, für Nachtpflege mit Abendbrot und Frühstück 12 M. Für Schwestern, die nur vorübergehend in Kliniken, Sanatorien und Krankenhäusern beschäftigt werden, sind die gleichen Sätze zu zahlen. — Leipzig. Auf einen Beschluß der Stadtverordneten vom 17. Dezember 1919 wurde eine Eingabe wegen Durchführung der 48 stündigen Arbeitszeit für das weibliche Pflege-, Haus- und Küchenpersonal in den städtischen Kranken- und Pflegeanstalten dem Rate zur Berücksichtigung überwiesen. Der Rat hat sich eingehend mit der Frage beschäftigt und beschlossen, die Einführung des Achtstundentages für das Pflegepersonal usw. abzulehnen. Er befindet sich damit in Übereinstimmung mit vielen anderen Großstädten. Der Rat hat von vornherein den ganz berechtigten Standpunkt eingenommen, daß Krankenanstalten nicht zu Gewerbebetrieben gerechnet werden können. Kranken- und Pflegehäuser sind Wohlfahrtseinrichtungen, die, ohne auf Gewinn zu zielen, Notstände beheben sollen. Ihr Unterhalt fordert große Zuschüsse des Staates oder der Gemeinden. Der Betrieb richtet sich nach dem jeweiligen Gesundheitszustand der Bevölkerung und kann nicht wie ein Fabrikbetrieb eingerichtet werden. Der Rat hat in einem Rundschreiben bei einer großen Anzahl deutscher Städte angefragt, ob und wie weit die achtstündige Arbeitszeit in den Krankenanstalten durchgeführt sei. Von allen Städten, die geantwortet haben, hat Plauen allein den Achtstundentag völlig durchgeführt. Aus den Antworten ist aber ersichtlich, daß dort, wo sich die Einführung des Achtstundentages nur auf das Haus- und Küchenpersonal bezieht, die Erfahrungen damit äußerst betrüblich sind. Die Ausgaben sind gewaltig in die Höhe geschnellt. Was nun Leipzig selbst anbetrifft, so beträgt nach dem letzten Tarif (neue Lohnbewegungen sind bereits im Gange) die Grundlöhnung 260 M im Monat, die bis 325 M gestaffelt ist. Im Durchschnitt entfallen auf die Person 275 M. Danach sind bei dem Stand des Personals unserer städtischen Krankenhäuser im Jahre 1 013 100 M an Löhnen zu zahlen. Nach Einführung des Achtstundentages müßten mindestens die doppelte Anzahl von Personen beschäftigt werden, da ja auch an Sonntagen der Betrieb nicht ruht. Danach würden nach dem bestehenden Tarif über 2 Mill. M zu zahlen sein. Zu dieser Belastung des Stadtsäckels kämen aber noch weitere Lasten durch Versicherungsbeiträge usw. Im übrigen ist, wie der Rat mitteilt, das Personal mit der Arbeitszeit, die eine Neuregelung fand, zufrieden. Unzufriedenheit wird nur von außen durch Versprechung unerreichbarer Ziele in das Personal getragen. In der otologischen Abteilung (Ohrenkranke) haben sämtliche Pflegerinnen bis auf die jüngste erklärt, daß sie die Einführung des Achtstundentages nicht wünschen. Auch in einer Eingabe an den Rat, die über 100 Unterschriften trägt, wird die achtstündige Arbeitszeit abgelehnt. (Zeitschr. f. Krankenanstalten 1920 S. 156.)

— In der Sitzung des geschäftsführenden Ausschusses des **Reichsverbandes der privaten gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands** wurde, wie Rechtsanwalt Dr. A. Philippsborn, Syndikus des Reichsverbandes (Geschäftsstelle des Reichsverbandes: Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche, Charlottenburg, Frankstraße) in der Zeitschr. f. Krankenanstalten 1920 Nr. 17-18 mitteilt, 1. der mehrfach erwogene Plan der Gründung einer Einkaufsorganisation erneut einer eingehenden Besprechung unterworfen. Sie erfolgte an der Hand einer von dem Vorsitzenden, Wirkl. Geh. Oberfinanzrat Dr. Heiligenstadt, Präsidenten der pr. Zentralgenossenschaftskasse vorgelegten Denkschrift nebst Statutenentwurf. Man war einstimmig der Ansicht, daß der Reichsverband sich dieser für die Anstalten wichtigen und vorteilhaften Organisation mit Energie annehmen und sie baldigst ins Leben rufen müsse. Bei den schweren wirtschaftlichen Nöten, die in absehbarer Zeit nicht verschwinden dürften, müsse unbedingt für einen preiswerten Bezug von Wäsche, Textil-, Kolonial-, Desinfektions- und Apothekerwaren, besonders auch von Röntgeneinrichtungsgegenständen im großen gesorgt werden. Zwar solle der Betrieb zunächst in mäßigem Umfange beginnen und sich allmählich und organisch entwickeln, doch sei mit Rücksicht auf die gegenwärtigen Geld- und Einkaufsverhältnisse von Anfang an beträchtliches Betriebskapital erforderlich. Hinsichtlich der Form einigte man sich auf die eingetragene Genossenschaft mit beschränkter Haftpflicht, deren Gestaltung die meisten betriebstechnischen und steuerlichen Vorteile biete.

Es wurde hiernach grundsätzlich beschlossen, zur Errichtung einer Wirtschaftsgenossenschaft des Reichsverbandes zu schreiten und eine Gründungsversammlung auf Montag den 26. April einzuberufen.

2. Weiter wurde beschlossen, unverzüglich an geeigneter Stelle Schritte zu unternehmen, um die gemeinnützigen Anstalten vor der drohenden Belastung mit den erhöhten Fernsprechgebühren und der Kautionsleistung zu bewahren.

— Am 15. März 1920, vorm. 11 Uhr, wurden die neuen Räume des **Neurologischen Institutes an der Universität Wien,** die sich im Neubau, IX., Schwarzspanierstraße 17, befinden, in Gegenwart von Vertretern der Unterrichtsbehörde, des Staatsbauamtes sowie zahlreicher Professoren, Studierender und Ärzte eröffnet

ileichzeitig hielt Prof. Dr. Otto Marburg, der an ·telle Hofrats Obersteiner zum Vorstand des Insti- ·ttes ernannt worden war, seine Antrittsvorlesung. Es ·ar ein fruchttragender Gedanke Obersteiners, allen For- ·chungen über das normale und kranke Nervensystem ·ne einheitliche, gemeinsame Arbeitsstätte zu schaffen i einem neurologischen Institut. Von kleinen Anfängen at er es in unvergleichlicher Weise ausgestaltet, es zu- ·eist aus eigenen Mitteln erhalten, ihm die 43 000 Num- ·ern umfassende Bibliothek zugeeignet und gleichzeitig ·ine Sammlung von Präparaten angelegt, der kaum eine ·weite an die Seite gestellt werden kann. So wurde ·as Institut richtunggebend für alle Kulturstaaten und es ·t derzeit das einzige interakademische in Österreich. ·nterakademisches Zentralinstitut für Hirnforschung.) ·bersteiner versammelte eine große Zahl von Hörern ·ler Kulturstaaten um sich, wohl hauptsächlich infolge ·r leichtfaßlichen Methode, in der er die schwierige ·aterie vermittelte. Prof. Marburg besprach nach der ·ürdigung seines Vorgängers eigene Studien über die ·rbeldrüse als Thema seiner Antrittsvorlesung. Er ·hrte aus, daß dieses Organ, das bereits das Interesse ·m Cartesius erweckt hatte, der es in den Mittelpunkt ·s seelischen Geschehens stellte, später durch die For- ·hungen über das Stirnauge wieder Interesse gewonnen ·t. Aber erst in allerjüngster Zeit gelang es, die wahre ·atur des Organs zu erkennen, dessen Schädigung bei ·naben frühzeitige Pubertät bedinge mit allen dieser ·gentümlichen Charakteren. Daß dahin auch eine intel- ·ktuelle Reifung gehört, darf nicht wundernehmen. Man ·t deshalb Zirbelextrakt auch bei Schwachsinn ange- ·endet, angeblich mit Erfolg. Man sieht die Lehre von ·rtesius in neuem Gewande wieder erstehen. Sicher ·ferner der Einfluß der Zirbel auf den Stoffwechsel, be- ·nders auf den Fettansatz, der durch Zirbelzufuhr ge- ·rdert wird. Es kommt deshalb Zirbelextrakt auch für ·Fettmast in Frage. Weiters zeigt sich, daß wir in ·r Zirbel ein Organ haben, welches infolge Einfluß- ·hme auf die Hautgefäße ein nicht unwesentlicher Fak- ·r unserer Wärmeregulierung ist. Man sieht also, daß ·ses kleine Organ, inmitten des Gehirns gelegen, tat- ·chlich eine Blutdrüse ist, mit allen Eigenschaften einer ·ichen und der Möglichkeit, mit Hilfe derselben sehr ·chselnde therapeutische Beeinflussungen vorzuneh- ·en. — Ein Rundgang durch die Räume des Institutes be- ·hloß die Feier. Besonders die in Glaskästen aufge- ·ellten Präparate und die Hirne der verschiedensten Tierklassen sowie Modelle erregten allgemeine Aufmerksamkeit. Besonders aber war es die Bibliothek, die die Bewunderung aller hervorrief infoge der Reichhaltigkeit der vorhandenen Bücher und Zeitschriften, und besonders der ganz modernen Aufstellung, die es ermöglicht, jedes Buch sofort ohne Mühe zu finden. Hoffentlich bessern sich die Zeiten bald wieder, um den geregelten wissenschaftlichen Betrieb, der so viele Fremde anlockte, von neuem aufnehmen zu können. (Wien. klin. Wochenschr. 1920 S. 277.)

— **Epileptikerfürsorge in Niederösterreich.** In Niederösterreich bestehen bis heute noch keine eigenen Anstalten für Epileptische. Um den dringendsten Bedürfnissen in dieser Hinsicht, namentlich dem Bedürfnisse der Durchführung einer geeigneten fachärztlichen Behandlung, wenigstens einigermaßen abzuhelfen, hat der niederösterreichische Landtag in seiner Sitzung vom 23. Juli 1919 über einen Bericht des niederösterreichischen Landesrates folgenden Beschluß gefaßt: „1. Der Bericht des niederösterreichischen Landesrates, betreffend die Aufnahme nicht geisteskranker Epileptiker in die niederösterreichischen Landesirrenanstalten bis zur Errichtung selbständiger Anstalten, wird zur Kenntnis genommen. 2. Der niederösterreichische Landesrat wird ermächtigt, auf Grund der gemachten Vorschläge in den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten zur Aufnahme nicht geisteskranker Epileptiker eigene Abteilungen einzurichten, zu welchem Zwecke ein Kredit von 40 000 K bewilligt wird. 3. Der niederösterreichische Landesrat wird weiter ermächtigt, alle aus diesem Anlasse notwendigen ärztlichen und administrativen Verfügungen sowie alle auf die Feststellung der Verpflegskosten und deren Einbringung bezüglichen Vereinbarungen mit den in Betracht kommenden Stellen im eigenen Wirkungskreise gegen seinerzeitige Berichterstattung zu treffen." Es ist somit jetzt die Möglichkeit geboten, in die niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflgeanstalten nicht geisteskranke Epileptische jeden Alters und jeden Geschlechtes zur Aufnahme zu bringen, und zwar in allen Verpflegsklassen. Zum Zwecke der Unterbringung der nicht geisteskranken Epileptischen wurden eigene Abteilungen eingerichtet, in welchen die Patienten keinerlei Art von Freiheitsbeschränkung unterworfen sein werden. Vorläufig wird die Aufnahme solcher Patienten nur in den niederösterreichischen Landesanstalten „Am Steinhof" in Wien XIII stattfinden. Doch wird nur ein Teil der aufgenommenen Patienten in der Anstalt



„Am Steinhof" verbleiben können, während die übrigen an andere niederösterreichische Landesirrenanstalten, und zwar zunächst in die niederösterreichische Landesirrenanstalt in Gugging, zu versetzen sein werden; für die Auswahl wird vor allem die Rücksicht auf die Art der Behandlung, die im einzelnen Falle anzuwenden ist, maßgebend sein. Nicht geisteskranke epileptische Kinder unter 14 Jahren werden im allgemeinen nach einer kurzen Beobachtung in den niederösterreichischen Landesanstalten „Am Steinhof" in Wien, XIII. Bez., in die niederösterreichische Landesirrenanstalt in Gugging gebracnt werden. Gesuche um Aufnahme sind mit einem amtsärztlichen Zeugnisse, in welchem die Notwendigkeit einer Anstaltsbehandlung im Sinne der einleitenden Bemerkungen begründet und ausdrücklich bestätigt sein muß, mit einer Geburtsurkunde, einem Zuständigkeitsdokument und einem Zahlungsrevers, bei unbemittelten Kranken mit einer amtlichen Bestätigung der Zahlungsunfähigkeit belegt, an die Direktion der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten „Am Steinhof" in Wien XIII zu richten, von welcher Stelle jede ansuchende Partei schriftlich verständigt werden wird, ob und wann der Patient zur Aufnahme kommen kann. Nähere Auskünfte werden auf Wunsch von der Direktion der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten „Am Steinhof" in Wien erteilt. Telephon Nr. 33 173 oder 36 450. (Wien. klin. Wochenschr. 1920 S. 241.)

Buchbesprechungen.

— Scholz, L., Anormale Kinder. Zweite umgearbeitete Auflage von Prof. Dr. Adalbert Gregor, Oberarzt an der Heilanstalt Dösen und dem Heilerziehungsheim Kleinmeusdorf. 312 S. Berlin 1919, S. Karger. 16,50 M.

Gute Bücher, die nach dem Ableben des Verfassers von einem anderen Autor neu herausgegeben und zugleich umgearbeitet werden, pflegen dabei zu verlieren. Hier ist eine Ausnahme von dieser Regel. Diese zweite Auflage von Scholz' ausgezeichnetem Buch kommt mir vor, wie ein Denkmal für den auf dem Felde der Ehre gebliebenen Verfasser, und der es geschaffen hat, ist wahrlich der berufenste unter den Fachkollegen.

Seit der ersten Auflage — 1911 — ist praktisch und wissenschaftlich das vorliegende Gebiet ungemein bearbeitet und bereichert worden. Diese Errungenschaften berücksichtigt G., in Auswahl und Darstellung dem Interesse der ärztlichen wie pädagogischen und juristischen Leser wie auch dem gebildeten Laien gleicherweise gerecht werdend.

Das Buch wird zu den alten Freunden viele neue gewinnen. B.

— Lessing, Oskar, Die Hysterie oder sogenannte psychogene Neurose. Eine psychopathologische Studie auf dem Grenzgebiete des Nerven- und Seelenlebens. 46 S. Berlin 1920, S. Karger.



Darstellung im Sinne Freuds, die nichts Neues ingt.

Personalnachrichten.

— **Wien.** Dr. Paul Schilder habilitierte sich für sychiatrie und Neurologie.

— Es wird gebeten, **Änderungen** und **Berichtigungen** dem Verzeichnis im Reichs-Medizinal-Kalender, II. eiheft, pro 1921: **Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- id Psychischkranke, Trunk- und Morphiumsüchtige usw., gendliche Schwachsinnige, Epileptische, sowie die illerziehungsanstalten** spätestens bis 28. Juni dem iterzeichneten mitzuteilen.

Dr. Bresler, Kreuzburg, Oberschlesien.

— Die **Haustechnische Rundschau,** Zeitschrift für Haus- und Gemeindetechnik, für Heizung, Lüftung und Beleuchtung, Wasserversorgung, Abwasserbeseitigung und Kanalisation, Herausgeber Oberingenieur J. Ritter, Hannover, und Prof. H. Chr. Nußbaum, Hannover, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., bringt in Nr. 16 1920 einen Aufsatz von Dipl.-Ing. E. Kolle, Die Bedeutung und Wirksamkeit des technischen Beraters, die noch vielen ein schleierhafter Begriff sei, der technische Berater werde noch viel zu wenig in Anspruch genommen (Brennstoffwirtschaft, Abwärmeverwertung, Dampfersparnisse usw.); ferner Nachrichten über Teuerungsaufschläge von Fabrikanten. Die Siemens-Schuckert-Werke haben die Grundpreise erhöht und die Teuerungspreise entsprechend ermäßigt.

Nr. 17 enthält: Die deutsche Heiz- und Lüftungs-



technik sowie die mit derselben und der deutschen Haus- und Gesundheitstechnik zusammenhängenden Industrien. Gußeiserne Gliederkessel mit oberem und unterem Abbrand und eingebauter Spareinrichtung, von Hermann Kraus, München. Die neue minist. Anordnung über Einführung einer Höchstgrenze für Mietzinssteigerungen vom 9. Dezember 1919 und ihre Einwirkung auf die Zentralheizungen, von J. Ritter. Mittel zur besseren Ausnützung der Abgangswärme von Zimmeröfen („Kleiro"-Kohlensparapparate). Zeitschriftenschau. Verschiedenes.

Nr. 18: Zur Berechnung des Wärmebedarfs verschiedener Bauweisen. Gußeiserne Gliederkessel mit oberem und unterem Abbrand und eingebauter Spareinrichtung, von Hermann Kraus, München. Briketts aus Holzabfällen, von F. A. Ebert, Guben. Zeitschriftenschau. Verschiedenes.

Nr. 19: Berechnung der Wärmeverluste, von berat. Ingenieur Kraus. Geschäftsbericht des Verbands de Zentralheizungsindustrie für 1918-19. Wärmeschutzmittel, von Nußbaum. Die künftige Bauart des Kachelofens von Nußbaum. Gesichtspunkte für den Bau von Zentralheizungen, ebenfalls von Nußbaum. Zeitschriftenschau. Kleinere technische Mitteilungen.

Nr. 20: Die Beheizung des Kleinhauses, von Nußbaum. Neue Kohlensparer für Hausbrand-Feuerungen, von C. Brandt. Zeitschriftenschau. Verschiedenes.

Nr. 21: Berechnung der Wärmeverlustzahlen, von Pakusa. Die Aufgaben der „Brennstofftechnischen Abteilung" der Landeskohlenstelle in Bayern. Zeitschriftenschau. Verschiedenes.

Es braucht nach dieser Aufzählung nicht weiter ausgeführt zu werden, wie wichtig der Inhalt dieser Zeitschrift „Haustechnische Rundschau" für die Verwaltungen der Heil- und Pflegeanstalten ist.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 11/12. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Neuronal

Bromhaltiges Hypnotikum, bewährtes Sedativum und Einschläferungsmittel.

Vorzüglich wirksam in Kombination mit **Amylenhydrat** bei epileptischen Dämmerzuständen und Status epilepticus.

Keine Nebenwirkungen
Keine Angewöhnung

Neurofebrin (Neuronal-Antifebrin aa). **Analgetikum und Sedativum**

Originalpackungen: **Neuronaltabletten** zu 0,5 g Nr. X
„ 0,5 „ „ XX
Neurofebrintabletten „ 0,5 „ „ X

Ausführliche Literatur durch: **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.**

Veronal

Das wichtigste unter den **Schlafmitteln**

desgleichen

Veronal-Natrium

werden nach wie vor hergestellt und sind in ausreichenden Mengen lieferbar

Veronal-Tabletten
und
Veronal-Natrium-Tabletten

Originalröhrchen mit 10 Stück

E. MERCK
Darmstadt

Beruhigungs- und Einschläferungsmittel bei Schlafstörungen auf nervöser Basis

UREABROMIN

Angezeigt bei: Nervöser Schlaflosigkeit, nervösen Zuständen der Neurastheniker und Hysterischen, bei Herzneurosen, Tachykardie und **bei chronischer und traumatischer Epilepsie.**

Literatur und Proben kostenfrei.

GEHE & CO., A.-G. DRESDEN-N.

Literatur und Proben kostenfrei.

Das

VALAMIN

Beruhigungs- und Einschläferungs-Mittel

bei nervöser Schlaflosigkeit, Herz- u. Gefässneurosen, u. allen Beschwerden u. Erregungszuständen auf nervöser u. hysterischer Grundlage.

Verordnung:
Valamin-Perlen Originalpackung mehrmals täglich, möglichst anschliessend an das Essen, 1-3 Perlen bezw. abends vor dem Schlafengehen 2-4 Perlen.

DR NEUMANN & CO.
CHEMISCHE FABRIK
GESELLSCHAFT MIT BESCHRÄNKTER HAFTUNG • BERLIN C. 25

J. Steigerwald u. Comp. Heilbronn a. N.

Natürliche Fruchtsäfte gesüßt und ungesüßt.

Für die Limonadenfabrikation:

Essenzen — Grundstoffe — Sirupe

aller Geschmacksrichtungen.

Grundstoffe für alkoholfreie Heißgetränke mit punschähnlichem Geschmack.

Nur erstklassige, preiswerte, überall bewährte Erzeugnisse.

Man verlange ein Angebot Nr. 20.

FABRIK- MARKE



W. R.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Nr. 11/12. 19. Juni **1920/21.**

Bezugspreis: .6,— für das Vierteljahr, die bonnementspreise für das Ausad werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das sland berechnet. Zu beziehen rch jed. Buchhandlung, d. Post unmittelbar vom Verlage. Erheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Stereopsychiatrie — Vitalreihenpsychiatrie.

Von Med.-Rat Dr. **Walter Fuchs**, Emmendingen, Baden.

e psychiatrische Neuorientierung, welche sich vornehmlich an die Namen Müller-Freiels, Kretschmer, Kronfeld, James in, Schilder und nicht zuletzt Jaspers tritt von mehr wie einer Seite an ihr Proheran; ihre Kritik, die viel Wahres sagt, rügt r als einen Fehler in der Forschungsweise wie Forschungsinstrumentarium der Psychiatrie. ach hat die Klinik über der Sucht nach Systek an Verständlichkeit und Lebensnähe ihrer bnisse verloren; sie hat den Faktor der Perchkeit, der Individualität vernachlässigt; ihre rimentalpsychologie arbeitet nicht vorausngslos, sondern beschwert von Hypothesen, blonenhaft-seelenlos, und die klinisch-psychiahe Betrachtungsweise der Geisteskrankheiten t an Einseitigkeit, an Symptomensucht, ermander allseitigen Einfühlung, erfordert eine Rem in der Richtung des Individuellen, des sch Intentionalen, des Biologischen, des Phäenologischen, des Mehrdimensionalen. Die sschnittpsychiatrie soll durch eine Psychoologie des individuellen Querschnitts ergänzt oder gar ersetzt werden. Nicht mehr das ungeschriebene (aber um so öfter gedruckte!!) Gesetz eines schulgerechten Krankheitsprozesses, sondern viele Faktoren (Konstitution, Erlebnis, Trauma, Chok, Situation, Milieu, Lebensepisode und Reaktion auf alle diese zusammen) diktieren das seelische Schicksal des einzelnen Falles.

Unbestreitbar bedeutet dieses Programm, welches ein Manifest ist, einen wesentlichen Fortschritt in der Krankheits- wie in der Krankenerkenntnis, und es verdient Beachtung, daß recht ähnliche Gedanken schon vor Jahren ausgesprochen worden sind, wie dies ja oft geschieht, wenn die Zeit reif und die Gedanken richtig sind. In einer Reihe von Aufsätzen [1]) hat W. Fuchs seit 1907 eine analytisch-phänomenologische Methode ausgearbeitet, die der Persönlichkeitsforschung, der psychiatrischen Diagnostik, Differentialdiagnostik und Prognostik praktische und damals neue Wege eröffnete. W. Fuchs' Methode besteht darin, daß er die reizende und formende Wirkung der Erleb-

[1]) Siehe Literaturangaben Nr. 7 bis 10.



nisse und der Leistungen auf die psychische bzw. psychophysiologische Individualität beobachtet, welche er in die vier dominanten Komponenten der Reflektorischen (Instinkt-) Vorgänge, der Apperzeptiven Vorgänge, der Affektiven Reaktionen und der Somatophysiologischen Reaktionen zerlegt. W. Fuchs gibt eigene Analysebögen mit genauen Anweisungen, für deren Einzelheiten auf die im Literaturverzeichnis angeführten Veröffentlichungen aus den Jahren 1907, 1908 u. f. verwiesen sei. Jene vier Komponenten sind nach Maßgabe der psychiatrischen Erfahrung ausgesucht, sollen aber auch weitergehende biologische Brauchbarkeit insonderheit als eventuell mendelnde Erbeinheiten bzw. Komplexe von Erbfaktoren besitzen. Die Wirkung, welche das Leben selbst auf die beobachtete (selbstbeobachtete) Persönlichkeit ausübt, wird verfolgt und im Rahmen der Analysebögen in einer auch zeitlich genaueste Prüfung gestattenden Weise festgehalten. W. Fuchs ging dabei von der Erwägung aus, daß, was das Wirksamste ist bei der Entwicklung der Persönlichkeit, auch das beste Mittel sei für die Erforschung der Individualität, daß Leistung und Erlebnis die ekphoriefähigsten Bestandteile dessen bilden, was man Leben, Situation, Milieu nennt, und daß Leistung und Erlebnis dieselbe Bedeutung für Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsanalyse haben wie das Klima für den Keim, die Übung für das Organ, das Toxin für die Antitoxinproduzenten, die Befruchtung für das Ei; er stellt seine Methode der Persönlichkeitserforschung neben die pädagogischen Methoden zur Persönlichkeitsbildung und neben die Methoden der zweckbewußten Selektion durch den Tierzüchter. Die Persönlichkeitsanalyse wird damit zum exakten biologischen Experiment.[2])

Besonderen Wert legt W. Fuchs auf hinreichende Affektspannung, um die ganze Persönlichkeit aus ihren Partiallatenzen zu wecken, auf die Selbstbeobachtung des Individuums und auf den Willen zur Wahrhaftigkeit, auf Erziehung zur inneren Aufrichtigkeit. Dann ergibt sich „die ganze persönliche Statik und Dynamik in der Symbiose der psychischen Komponenten".[3]) Das bewußt symptomatologische Vorgehen — Fuchs gebraucht hier das Wort Symptom in einer dem Begriff Phänomen angenäherten Bedeutung — ist deshalb gestattet, weil uns „die Überzeugung geleitet, daß jedes Symptom erst projiziert auf die Persönlichkeit volles Leben gewinnt".[4])

[2]) Zur Persönlichkeitsanalyse.
[3]) Psychiatrie und Biologie. Frühsymptome S. 27.
[4]) Frühsymptome S. 16.

Soweit der methodologische Teil bei W. Fuchs. Die Vertiefung der Systematik innerhalb welcher die ärztliche Nutzbarkeit nirgends außer acht gelassen wird — W. Fuchs erinnert daran, daß Antwort fordere nicht die Frage: Wird sich eine Geistesstörung entwickeln? sondern die rein praktische: Wird hier dieser Noch nichtkranke . . . gefährlich oder . . . anstößig oder hilflos werden?[5]) — schreitet von der Überlegung weiter, es möchte der auf die Fragestellungen der Analysebögen projizierten Persönlichkeitsforschung der Nachweis gelingen, daß habituelle Besonderheiten der einen oder anderen Rubrik unserer vier psychischen Komponenten als Frühsymptome Bedeutung besitzen,[6]) und gelangt zu dem Schluß, daß die Zukunftsaussichten defektuoser, psychopathischer Persönlichkeiten durch Analyse sensu citato geklärt werden, daß beispielsweise hypochondrische Gedanken- und Gefühlsrichtung den labilen Phantasten suizidgefährlich machen, dagegen den mißtrauischen Egoisten zu paranoischer Entwicklung bringen kann,[7]) daß somit eine qualitative Bereicherung der allgemeinen wie der speziellen Symptomatologie und Prognostik in Reichweite steht.

Damit sehen wir auch die Kretschmersche Forderung einer mehrdimensionalen Diagnose schon seit anno 7 durch W. Fuchs erfüllt. W. Fuchs hebt ausdrücklich die Individualitäten heraus, die durch Erlebnisse, Erfahrungen, exogene psychische Reize manchmal bis zu einer Art von Variation hin[8]) modifiziert werden. Und in dem Satz „Es scheint geradezu berechtigt zu fragen, ob nicht die verschiedene Art des Verlaufs der Psychosen gleicher Spezies bei verschiedenen Patienten auf einer präformierten Eigenheit einer unserer vier psychischen Komponenten (reflektorisch-instinktives, apperzeptives, affektives, somato-physiologisches) beruht",[9]) sowie in der Hervorhebung, daß die Prognose von der Zahl der familial-individuellen Partialdefekte und von dem Virulenzgrad von deren Antisozialität abhänge,[10]) tritt die Anerkennung des konstitutionellen Faktors und die Forderung der Strukturanalyse nochmals klar hervor.

W. Fuchs hat unter dem Gesichtspunkt „des Verhältnisses von Psychose zu primärer Individualität" damals auch eine klassifikator

[5]) Frühsymptome S. 14.
[6]) l. c. S. 34.
[7]) Frühsymptome S. 19.
[8]) Z. f. angew. Psych. Bd. 6 S. 265.
[9]) Frühsymptome S. 30.
[10]) l. c. S. 37 Schlußsatz.

:he Neueinteilung versucht. Hiernach äre zu unterscheiden zwischen

1. individualitätsverschärfenden,
2. entindividualisierenden,
3. für die Individualität indifferenten Geistesstörungen.

Von der Paranoia rechnet W. Fuchs „einen oßen Teil" zu 1. Er meint dann, es werde nicht ımer leicht sein, zu entscheiden, welche psychihe Komponente die führende genannt werden üsse und sagt: „Es ist wiederum eine Majoritätshätzung, die . . . der Unterstützung durch reichhes Material bedarf, der Überblickung :r Persönlichkeit in einem überchtlichen Längsschnitt".[11])

Es bleibe dahingestellt, inwieweit man geneigt in wird zuzugeben, daß die Methode auch die mplexen Phänomene, die komplizierten Seelenrgänge zu ergreifen und vergleichbar zu verutlichen vermag. W. Fuchs hat die Probe anstellt bei historischen Gestalten wie Dante, Perca, Tasso, Pascal, Lionardo, Bonaparte, bei :lchen die analytische Darstellung die einzig igliche bleibt, weil die historische Psychographie ht mehr in der Lage ist, aus den Ergebnissen ıer experimentellen Prüfung der einzelnen seeliıen Tätigkeiten auf synthetischem Wege das Gentpsychogramm zu gewinnen. Diese Versuche d nicht publiziert. Doch ergab sich mit Bemmtheit, daß eine vorhergehende analytische trachtung die synthetische Beurteilung und Werıg ermöglicht, erleichtert, sichert und vor artistiıen Hyperbeln schützt. Keine Diagnose ohne alyse, keine Prognose ohne Synthese! Da die ssenschaft nun einmal ein Rationalisierungspro- ist, so wird es ratsam sein, Richtlinien innezuten, deren Verlassen unsere Arbeit unwissenaftlich machen müßte.

Es bleibt Aufgabe einer späteren Arbeit, nachrüfen, inwieweit den W. Fuchsschen Ana:bögen durch eine Auflösung der Starre ihrer ırikenstruktur, durch einen Wechsel des ekpho- (reiz-)tragenden Faktors sowie durch technische 'vollkommnungen, etwa durch Einführung verıedener Farbentöne, erhöhte Verwendbarkeit liehen werden kann.

Es bedarf nur der Idee der allgemein ärztlichen fassung im Sinne von Friedrich Kraus, che nicht nur das speziell Klinische, sondern h das Genetische, Morphologische, Physiologi-:, Psychologische endogen wie exogen umfaßt, vor engem Denken gesichert zu bleiben. Der funktionell-vitale Fortfluß ohne Rast und Ruh mit seinen zahllosen Kompensations- und Korrelationsvorgängen, die ewige Bewegung des Lebens als Natur, als unitas multiplex — das ist es, mit dem wir es auch als Forscher immer zu tun haben.

Eine wertvolle und fruchtbare Einstellung bringt die Lehre von den Avenariusschen Vitalreihen, die ich lieber Vitalbewegungen nennen möchte. In dieser seiner Vitalreihenlehre führt Avenarius alles vitale Geschehen vom Unentwickeltsten bis zum Differenziertesten auf denselben Grundtypus zurück. Die Avenariusschen Vitalreihen zerfallen typisch in drei Abschnitte, den Initialabschnitt, den Medialabschnitt und den Finalabschnitt. Der Initialabschnitt enthält den ersten Anstoß für das Abrollen der Vitalreihe, den Reiz, die Einstellung des Organismus zur Reaktion auf diesen, den Avenarius auch als Vitaldifferenz bezeichnet. Der Medialabschnitt enthält die vitalen Vorgänge zur Behebung jener Störung, also die Abwehr, die Adaptationsversuche, die Lösungstendenzen. Der Finalabschnitt umfaßt die definitive Lösung im biologischen Sinn.

Danach gibt es also auf somatischem Gebiet eine Vitalbewegung (Vitalreihe) der Zuckerverwertung im Organismus, eine Vitalbewegung des Hungers, eine Vitalbewegung der Sexualentwicklung, eine Vitalbewegung der ganzen individuellen Genese, die natürlich zahllose nachgeordnete Vitalbewegungen mitumfaßt bzw. mitumfassen kann, darunter die eben genannten. Auf psychischem Gebiet, welches wir vom somatischen trotz des bewußten Gefühls des Gezwungenen aus heuristischen Gründen hier trennen wollen, finden wir die Vitalbewegungen der seelischen Reifung, der Affektverhaltung, -verdrängung, -veredelung, der Gewöhnung usw. usw., sodann aber auch die Vitalbewegungen pathologischer Art. Wir werden also beim Kranken die physisch-psychische Vitalbewegung der Phänotypbildung mehr weniger innig beeinflußt, verknüpft, verschlungen erblicken mit der pathopsychischen, event. endokrin humoralen oder neurosympathischen, autonomen Vitalbewegung. Wenn wir uns dieser Zusammenhänge bewußt bleiben, ist es ausgeschlossen, daß wir der Einseitigkeit oder Kaprize, der Fehler oder Lücken schuldig werden.

Im Verlauf der letzten Jahre habe ich eine Methode entwickelt, die aus der Praxis der psychiatrischen Konversation sich allmählich herauskristallisierte und die Vitaldifferenzmethode heißen könnte, obwohl sie rein induktiv entstanden ist. Danach werden die Patienten unter psychologische Reize gesetzt in Form von Fragen

[11]) Frühsymptome S. 29 bis 30.

(sog. psychologischen Reizfragen), Zumutungen, Ansinnen, Aufforderungen, Widersprüchen, Verboten und scharfen Stellungnahmen (Verhimmelung, Absprechung) in affektgesättigten Thematen (politisch-aktuelles, erotisches, pekuniäres, pietätäres), und die darauf folgende Einstellung, also die provozierte physisch-psychische Vitalbewegung, wird in ihrer ganzen Ablaufslänge unter Mitwirkung des Personals beobachtet und protokolliert. Die Auswahl jener psychologischen Reizengramme wird für jeden einzelnen Fall nach Maßgabe von dessen Eigenheiten und von dessen Vorerlebnissen von mir persönlich getroffen. Mittelst keiner andern mit der Zeit geizenden Methode sind so naturnahe Resultate erreichbar; namentlich das intentionale Moment, die Tendenzen wie die finalen, determinierenden Qualitäten treten hell heraus. Die Summierung zahlreicher Querschnitte ergibt den multidimensionalen Längsschnitt. Ich empfehle die Anwendung; für geeignete Fälle in Verbindung mit dem Rauschversuch. Wir verdanken dieser Vitaldifferenzmethode, dieser psychologischen Provokationsmethode wertvolle Vertiefungen.

Literatur.

1. N. Ach, Willensakt und Temperament 1910.
2. A. Adler, Minderwertigkeit von Organen 1907.
3. W. Baade, Selbstbeobachtung und Introvokation. Z. f. Psych. Bd. 79.
4. W. Betz, Psychologie des Denkens 1918.
5. K. Birnbaum, Aufbau der Psychose. A. Z. f. Ps. Bd. 75.
6. J. Finzi, Normale Schwankungen in der Seelentätigkeit 1900.
7. W. Fuchs, Persönlichkeitsanalyse. C. f. N. und Psych. Nr. 241 1907.,
8. W. Fuchs, Frühsymptome bei Geisteskranken. Ebers walde 1908.
9. W. Fuchs, Psychiatrie und Biologie. Z. f. a. Psych u. ps. S. f. 1908.
10. W. Fuchs, Erlebnis und Individualität, Ebenda 1912
11. W. Fuchs, Syzygiologie. Der Praktische Arzt 1919
12. W. Hellpach, Grenzwissensch. der Psychologie 1902.
13. W. Hellpach, Nervenleben und Weltanschauung 1906.
14. C. G. Jung, Psychologie der unbewußten Prozesse 1918
15. Fr. Kraus, Pathologie der Person 1919.
16. E. Kretschmer, Fortentwicklung der psych. Systematik. Z. f. d. g. N. u. Ps. 1919.
17. E. Kretschmer, Psychogene Wahnbildung bei traum Hirnschwäche. Ebenda 1919.
18. E. Kretschmer, Kritik des Unbewußten. Ebenda 1919
19. E. Kretschmer, Der sensitive Beziehungswahn 1918
20. A. Kronfeld, Wesen der psychiatr. Erkenntnis 1919
21. O. Külpe, Psychiatrie und Medizin 1912.
22. R. Kynast, Problem der Phänomenologie 1917.
23. J. Lewin, Psychologie usw. Z. f. d. g. N. u. Ps. 1920
24. J. Lewin, Wege und Ziele der Psychopathologie N. C. 39. Jahrg.
25. P. F. Linke, Grundfragen der Wahrnehmungslehre 1918
26. O. Meyerhof, Psychologische Theorie der Geistesstörungen 1910.
27. v. Monakow, Biologie und Psychiatrie 1919.
28. R. Müller-Freienfels, Das Denken und die Phantasie 1916
29. M. Reichardt, Theoretisches über die Psyche 1917
30. P. Schilder, Wahn und Erkenntnis 1918.
31. K. Schneider, Reine Psychiatrie usw. Z. f. d. g. N u. Ps. Bd. 49.
32. W. Stern, Psychologie und Personalismus. Z. Ps. Bd. 79.
33. E. Storch, Psychophys. Darstellung des Bewußtseins 1902.
34. G. Störring, Psychopathologie 1900.
35. G. Störring, Psychologie des menschlichen Gefühlslebens 1916.
36. Th. Tiling, Individuelle Geistesartung und Geistesstörung 1904.

(Abgeschlossen am 3. Mai 1920.)

Der Gruppenplan der Besoldungsordnung im Reich und seine sachgemäße Anwendung auf die beamteten Irrenärzte.

Von Dr. **Wern. H. Becker,** Oberarzt an der Landesirrenanstalt Herborn (Hessen).

Der Gruppenplan des Reichs-Besoldungsgesetzes rangiert die Ärzte folgendermaßen ein:

Gruppe VII: Assistenzärzte, Oberärzte.

Gruppe VIII: Stabsärzte während der ersten vier Dienstjahre.

Gruppe IX: Stabsärzte mit mehr als vier Dienstjahren, Physiker bei einem Besoldungsdienstalter von bis zu fünf Jahren.

Gruppe X: Physiker mit mehr als fünf Dienstjahr Regierungsmedizinalräte, Oberstabsärzte w rend der ersten vier Dienstjahre.

Gruppe XI: Oberstabsärzte mit mehr als v Dienstjahren.

Gruppe XII: Oberregierungsmedizinalräte, Ge raloberärzte.

Gruppe XIII: Generalärzte.



:inzelgehälter: 25 000 M Generalstabsärzte, Präsident des Reichsgesundheitsamtes; 30 000 M Generaloberstabsärzte.

Wir sehen daraus keine besondere Wertschätzung des ärztlichen Standes. Besonders auffällig st die niedrige Einreihung der unteren Militärarztchargen. Daß man die Offiziere sehr weit unten mfangen läßt, liegt nicht nur im Zeitgeist begründet, sondern hat auch eine gewisse Berechtigung, veil die Vorbildung der Offiziere eine andere geworden ist, nicht mehr die Erlangung einer höheren Schulbildung oder gar eine der Universitätsreife leichzuachtenden wissenschaftlichen Prüfung zur Vorbedingung hat, vielmehr das Aufrücken einach vom Feldwebel (Gruppe IV) zum Leutnant Gruppe V) vorsieht. Unberechtigt erscheint es iber, daß man dann Hauptleute und Stabsärzte noch lerselben Rangklasse zuteilt. Wir haben keinen Anlaß, für die Stabsärzte eine Lanze zu brechen, iber die Nichtachtung des ärztlichen Standes, die larin liegt, daß Vollakademiker nach einer gewissen Ausbildungszeit als Facharzt für Militärmedizin ioch zur Gruppe VIII gerechnet werden und daß lie jungen Militärärzte, wie Assistenz- und Oberirzte, gar fast als alleinige Vollakademiker zusamnen mit Subalternen und anderen in einer Gruppe igurieren, berührt auch uns als Ärzte schmerzlich. Die Oberstabsärzte endlich haben die erwünschte Gleichstellung mit Oberlehrern und Richtern etwa rreicht, dagegen nicht die Physiker. Weshalb sie icht? — Hat ein Arzt nach bestandenem Physikatsxamen nicht die gleich schwierige und gleich lange Ausbildungszeit hinter sich wie ein Justiz- oder Regierungsassessor? Und ist der Regierungsmedizinalrat nicht dem avancierten Juristen wie Landgerichtsdirektor (oder Landgerichtspräsident?) nd dem aufgerückten Oberlehrer wie Gymnasialirektor gleich zu achten?

Nach dieser Wertschätzung im Reich haben wir eamteten Irrenärzte allen Grund, mit einiger Sorge nserer Einreihung bei unseren Einzelbehörden entegenzusehen. Die bevorzugte Kaste der Juristen at hier fast noch mehr als in dem neuen republianischen Reich das tonangebende Vorschlagsecht. Und das Reich gibt zudem die Direktiven nit seinem allgemeinen Gruppenplan. Endlich sind vir Ärzte schon bisher außer den Direktoren nicht esonders günstig bezgl. Rang und Gehalt gestellt ewesen.

Wenn wir dennoch nicht verzagen und voll Mut in die nächste Zukunft blicken, die einschneidender und machtvoller denn je in unsere irrenärztliche Laufbahn eingreift (was war bisher eine Beförderung, und war es selbst die zum Direktor, für eine Lappalie gegenüber dieser schwerwiegenden, wahrscheinlich endgültigen, alle bisherigen Umwälzungen im Einzelleben in den Schatten stellenden Umgruppierung? — was kann eine spätere Beförderung noch bringen, wenn jetzt unwiderruflich eine Einreihung in entwürdigend tiefe Gruppen stattfinden würde?), so geschieht das im Vertrauen auf unsere Behörden, die in diesen schweren Kriegsjahren eingesehen haben werden, was wir Ärzte während und nach der Kriegszeit geleistet haben, wie wir die Anstalten vor vernichtenden Streiks, vor Bankrott und vor dem drohenden Aussterben bewahrt haben, zum Teil selbständig handelnd, ohne Verbindung mit der Behörde. Geschieht ferner im Vertrauen auf das Wohlwollen, das bezgl. Rang und Gehalt der mittelbaren Staatsbeamten als den Stiefkindern des Staates stets mehr gebührt als den vollbürtigen Kollegen, denen z. B. im kaiserlichen Vaterland Medizinalrattitel, Adelsbevorzugungen u. dgl. winkte. Geschieht endlich im Vertrauen auf unseren neugegründeten, aber schon so emsig tätig gewesenen R e i c h s v e r b a n d, der unter Würdigung unseres nicht zu unterschätzenden Spezialistentums und unserer Vorgesetztenstellung gegenüber allen übrigen Anstaltsbeamten mit Recht Forderungen aufgestellt hat, die als Mindestforderungen gelten müssen. Sie lauten:

Gruppe IX: Assistenzärzte.
Gruppe X: Abteilungsärzte.
Gruppe XI: Oberärzte.
Gruppe XII: Oberärzte nach 10 jähriger Dienstzeit, leitende Ärzte, erste Oberärzte (stellvertretende Direktoren).

Gruppe XIII: Direktoren.

Mögen die einzelnen Behörden die Forderungen der deutschen Irrenärzte achten und befolgen! — Zum Teil ist das bereits geschehen, wie ich z. B. heute vom Freistaat Hessen zu meiner Freude und Genugtuung erfahre. Ein einheitliches Vorgehen der einzelnen Behörden wird sich kaum erreichen lassen; wenn nur im allgemeinen diese Richtlinien gelten gelassen werden, dann wollen wir zufrieden sein, und unsere Zufriedenheit wird in letzter Linie wieder den uns anvertrauten Kranken und dem uns unterstellten Anstaltsbetrieb zugute kommen.





Bericht über die Versammlung des Reichsverbandes beamteter Deutscher Irrenärzte zu Hamburg am 26. Mai 1920.

Von den Oberärzten Dr. **Baumann** und Dr. **Hussels.**

Die diesjährige Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Hamburg bot unserm Reichsverband (R. V.) die beste Gelegenheit, seine Jahresversammlung daran anzuschließen; es wurde dazu der 26. Mai, der Tag vor Beginn der Sitzungen des Vereins für Psychiatrie bestimmt. Herr Professor Dr. Weygandt hat uns Räume zur Verfügung gestellt. Für seine gütige und umsichtige Fürsorge sei ihm auch an dieser Stelle vielmals gedankt. Unser Vorstandsmitglied Herr Dr. Rautenberg hatte mit großem Eifer alles vorbereitet und sogar dafür gesorgt, daß unsere Vorstandsmitglieder, soweit sie nicht bei Freunden und Verwandten wohnten, bei Friedrichsberger Kollegen Unterkunft fanden. Alle Teilnehmer an der Hamburger Tagung werden sich noch lange der trotz der Ungunst der Zeiten unverändert gebliebenen hanseatischen Gastlichkeit mit herzlichem Dank erinnern.

Am Vormittag des 26. fanden sich die Vorstandsmitglieder zu vertraulicher Besprechung und Vorberatung zusammen und erledigten so mancherlei dringende Fragen in mündlicher Aussprache viel leichter, als das auf schriftlichem Wege möglich gewesen wäre.

Nachmittags 2 Uhr begann die Ausschußsitzung. Trotz der besonders für die Süddeutschen ungünstigen Lage Hamburgs konnte mit Befriedigung festgestellt werden, daß sich Vertreter von allen bisher beigetretenen Einzelverbänden (E. V.) einfanden, zum Teil leider sehr verspätet. Der Vorsitzende begann die Sitzung mit ihrem Aufruf und erstattete sodann den Bericht über den Stand der Organisation. Danach waren bisher 19 Verbände mit 608 Mitgliedern aufgenommen.

Neu aufgenommen wurde der Verband Groß-Thüringens. Einige E. V. hatten sich umgruppiert oder vergrößert, so vervollständigte sich noch im Laufe des Tages der Verband der Hansestädte durch Hinzutritt von Bremen und Oldenburg. Ein Verband der Mecklenburgischen Anstalten versuchte sich neu zu bilden, auch erschien ein Vertreter für den in Bildung begriffenen E. V. des Bezirkes Hessen-Kassel. Die Aufnahme beantragte und erhielt bewilligt ein Verband der nicht untergebrachten Anstaltsärzte aus den abgetretenen Gebieten in Westpreußen, Posen und Elsaß-Lothringen. So ergab sich, daß, soweit wir übersehen können, zurzeit in Deutschland nur noch zwei öffentliche Irrenanstalten der Organisation wider streben, davon aber nur eine grundsätzlich. Ge wiß ein überaus erfreuliches Ergebnis und ein Be weis für die Werbekraft unseres Gedankens.

Sodann wurden noch einige Wünsche des ge schäftsführenden Vorstandes bekannt gegeben, di geeignet sein sollen, die äußere Organisation z festigen und praktischer zu gestalten. Es wurd beschlossen, für die Zukunft regelmäßige Mitteilun gen gewöhnlicher Art nur durch Veröffentlichung i Verbandsorgan, der Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, den E. V. bekannt zu geben. Nu besonders dringliche und vertrauliche Mitteilunge sollen sofort an die Schriftführer der E. V. gehe die dann ihrerseits für ihre Weitergabe an die ei zelnen Anstalten zu sorgen haben. Es ist dahe dringend erforderlich, daß alle Anstalten das Ve bandsorgan halten; ebenso **muß** die Zeitschri des Bundes höherer Beamter (B. h. B.) von jede Anstalt in mindestens einem Exemplar gehalte werden (zu bestellen bei der Geschäftsstelle Berli Steglitz, Grillparzerstr. 15). Es mußte sodann ge wünscht werden, die Sammel- und Auskunftsstel ausgiebiger und regelmäßiger zu beschicken. Ur größere Regelmäßigkeit und richtigen Überblick z erreichen, erklärte es die Versammlung für drin gend notwendig, daß künftig von jedem E. V. z jedem Quartalsanfang ein kurzer Bericht über alle Wissenswerte an den Schriftführer gesandt wir Hierbei ist besonders eine Angabe über etwaig Veränderungen der Mitgliederzahl oder die Zu sammensetzung des Vorstandes sowie über de Wechsel in der Person des Korrespondenten nicl zu vergessen. Nächster Bericht zum 1. Juli. Auc ist die endgültige Wahl der ständigen Ausschul mitglieder (laut Satzungen) und Nachricht hierübe an unsere Geschäftsstelle bis zum 1. Septembe erforderlich. Anträge der einzelnen Anstalten ode Mitglieder beim R. V. bitten wir nur durch die Le tungen der E. V. an uns zu richten, um unnötige Schreibwerk zu vermeiden.

Nach dem kurzen Bericht des Schatzmeiste über den Kassenbestand wurde der Antrag gestel und angenommen, den Jahresbeitrag auf 10 M Person zu erhöhen. Dabei wurde auch beschlosse die Beiträge für 1920 bis spätestens zum 1. Ju (5 M Nachzahlung je Person!), in künftige Jahren bis zum 1. April gleich für das ganze Ja einzusenden. Nach diesem Termin Einziehun



durch Postauftrag, dessen Kosten jedem Einzelverband zur Last fallen. Für die diesjährige Tagung kann die Kasse die Reisekosten der Vorstandsmitglieder zu zwei Dritteln tragen. Ein Drittel müßten die E. V. übernehmen.

Sodann wurde Kenntnis gegeben von den Bemühungen des Vorstandes um Wiederaufnahme der Kurse für Irrenärzte sowohl in Berlin (Somatische Medizin durch den Deutschen Verein für Psychiatrie) wie in München (Psychiatrie durch Professor Kraepelin. Von beiden Seiten erfolgte jedoch der Bescheid, daß in jetziger Zeit Besuche und Rentabilität der Kurse sehr in Frage gestellt seien. Man war auch zu einem Versuch nicht bereit. Es wurde demgegenüber betont, daß in späteren Zeiten die Wiederaufnahme immer unwahrscheinlicher würde, wenn die Behörden, welche die Mittel für die Teilnehmer bewilligt hatten, es erst einmal gewohnt seien, diese Kosten zu ersparen. Es solle daher weiter versucht werden, unserm Nachwuchs die Möglichkeit der Fortbildung durch derartige Kurse zu verschaffen.

Angenommen wurde ein Antrag des E. V. Schlesiens, an alle Preußischen Landeshauptleute und an die in sonstigen deutschen Landesteilen in Betracht kommenden Behörden des Anstaltswesens eine offizielle Mitteilung von dem Bestehen und Zweck des Reichsverbandes zu richten (ist inzwischen geschehen). Abgelehnt wurde ein Antrag des E. V. Schleswig-Holstein, bei allen in Betracht kommenden Behörden die Zuziehung von Vertretern zur Mitarbeit bei der Beratung über die bevorstehende Gehaltsregelung zu fordern. Es wurde dann Kenntnis gegeben von mehreren Eingaben des R. V. an Behörden auf Wunsch der E. V. hin, zum Teil hatten diese den gewünschten Erfolg gehabt. Sodann wurde verlesen eine Eingabe an das preußische Wohlfahrtsministerium in der Frage der Erhöhung der Gebühren für psychiatrische Gutachten. Die Antwort darauf enthielt die Mitteilung, daß unterdes die Gutachtergebühr um 100 v. H. erhöht sei mit Wirkung vom 1. April 1920 ab (siehe Preußische Gesetzsammlung 1920 S. 78), und daß eine Änderung des Gesetzes betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 in Aussicht genommen sei.

Eine Eingabe an den Reichsarbeitsminister bezüglich der Zuziehung unserer Standesvertretung zu den Beratungen über die Anwendung des Achtstundentages in den öffentlichen Anstalten hatte die Übersendung des Ergebnisses der bisherigen Beratungen und die Zusage der Beteiligung an künftigen Sitzungen — sofern sich noch ein Bedürfnis zu ergeben sollte — zur Folge.

Dem Antrag des Vorstandes, den Verband in das Vereinsregister mit dem Rechte einer juristischen Person eintragen zu lassen, um gegebenenfalls einmal (z. B. bei Presseangriffen) Klage erheben zu können, entsprach die Versammlung nicht, da die damit verbundenen Schwierigkeiten doch recht große seien und man die Notwendigkeit noch nicht übersehen könne.

Sodann erstattete unser Vertreter beim B. h. B., Herr Oberarzt Dr. Ehlerß, Potsdam, einen Bericht über das Wichtigste aus den Sitzungen des B. h. B. So besonders über die Besoldungsfrage und unser Verhältnis zum Deutschen Beamtenbund, mit dessen Verhalten bei den Kappunruhen und dem Generalstreik sich der B. h. B. gar nicht einverstanden erklären konnte. — Sollten die Verhandlungen nicht befriedigend verlaufen und in der Leitung des Deutschen Beamtenbundes keine Änderungen eintreten, so wäre damit zu rechnen, daß der B. h. B. austrete, zumal es auch dem Deutschen Beamtenbund anscheinend nicht daran liege, die höheren Beamten in seinen Reihen zu behalten. — Unseres Erachtens ein bedauerliches Ergebnis, aber wohl nicht zu vermeiden. (Der B. h. B. ist inzwischen auf dem Beamtentag am 26. Mai 1920 aus dem Deutschen Beamtenbund ausgeschlossen worden.) Näheres muß aus der Zeitschrift höherer Beamter ersehen werden. Auch wurde berichtet, daß eine Extraumlage von 3 M je Mitglied für den B. h. B. erhoben werden müsse, da die Kassenverhältnisse des B. h. B. sehr schlecht seien; künftig würden für die Beiträge der Verbände im B. h. B. Pauschalsummen erhoben, für uns etwa 750 M. Wenn man diese lächerlich kleinen Zahlen, um die man sich lange gestritten hat und die jetzt beschlossene Höhe des R. V.-Beitrags von 10 M liest, so überlege man sich einmal, was die Gewerkschaften und Parteiorganisationen der Arbeiter an solchen erheben. Wochenbeiträge von 10 M spielen gar keine Rolle und werden unbedenklich bezahlt.

Sodann wurde die Frage der Aufnahme der Kliniker in den R. V., die durch einige Kliniken und durch Bedenken verschiedener E. V. wieder ins Rollen gebracht ist, lebhaft erörtert. Es wurde schließlich beschlossen, daß es den E. V. überlassen bleiben müsse, ob sie die Ärzte der Kliniken aufnehmen wollen. Der R. V. dagegen solle die Kliniker weder als Ortsgruppen noch als geschlossene Sonderorganisation aufnehmen, auch wenn die E. V. für sich die Aufnahme ablehnten. Verlangt muß von den E. V. werden, daß sie nur diejenigen Klinikärzte aufnehmen, die Beamte oder Beamtenanwärter sind. Das bestimmen ja schon unsere

Satzungen (beamtete Deutsche Irrenärzte). Es wird sodann den E. V. empfohlen, die Kliniker bei der Aufnahme darauf hinzuweisen, daß ihre Aufnahme nicht etwa die Verpflichtung in sich schließe, sie gegebenenfalls in Stellen der Landesanstalten ihrem Klinikdienstalter entsprechend zu übernehmen. Sie müßten vielmehr stets erst als Assistenzärzte eintreten, selbstverständlich unter Anrechnung ihrer Vorbildungsjahre nach dem in jedem Lande üblichen Gebrauch. Die Übernahme älterer Kliniker in höhere Anstaltsstellen sei nur ausnahmsweise und mit Zustimmung der Standesorganisation möglich.

Zur Überwachung von Presseäußerungen über unsern Stand und Beruf, zur Abwehr von Angriffen und zur Förderung des Verständnisses der Allgemeinheit für unsere Interessen soll auf Antrag des Vorstandes eine besondere Pressekommission gebildet werden. Gewählt wurden dazu die Herren Köster, Düren (Leiter), Sünner, Herzberge, Quaet-Faslem, Rasemühle, Rittershaus, Hamburg, Römer, Konstanz. Diese Herren bitten dringend um Anregungen und Zusendungen einschlägigen Materials.

Sodann wurde zur Neuwahl des Vorstandes geschritten, da der bisherige, in Halle gewählte nur vorläufig galt. Sämtliche Mitglieder wurden wieder gewählt und nahmen die Wahl, wenn auch nicht ohne Bedenken, an.

Nunmehr erstattete Herr Oberarzt Dr. Römer, Konstanz, das Referat über Reformen im Anstaltsdienst. Er legte der Versammlung die Ergebnisse der Arbeit der Kommission (Römer, Köster, Schwarz bzw. Kundt) vor, die in Form von Richtlinien mit ergänzenden Bemerkungen abgefaßt sind. Er gab dazu Erläuterungen. Eine Diskussion über die einzelnen Punkte fand nicht statt. Es wurde vielmehr beschlossen, daß Römer nach weiterer Ausarbeitung der letzten Punkte der Richtlinien diese im Verbandsorgan veröffentlichen solle, damit sie an jeder Anstalt und dann in den E. V. durchberaten werden könnten, diese möchten dann ihre Einwendungen bis spätestens 1. Oktober dem geschäftsführenden Vorstand des R. V. und Römer, Konstanz, zugehen lassen. Die Kommission wird sodann eine Sichtung dieses Materials und eine etwa erforderliche Umarbeitung vornehmen. Endgültige Besprechungen und Beschlußfassung könnte dann auf der nächstjährigen Jahresversammlung des R. V. stattfinden.

Sodann wurde ein Antrag des Vorstandes des Bayrischen Standesvereins erwogen dahingehend, daß der R. V. in der Diskussion über das Referat von Kolb: „Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten?" im Deutschen Verein für Psychiatrie Einspruch dagegen erheben solle, daß dieses Referat zu Beschlüssen über den ärztlichen Anstaltsdienst führe, da bei der Lage Hamburgs infolge der Zusammensetzung der Tagung mit einseitiger Bevorzugung der Direktoren und älteren Ärzte die Gleichmäßigkeit im Mitbestimmungsrecht der Ärzte nicht genügend gewahrt sei. Der Antrag wurde in dieser Form abgelehnt, dagegen beschlossen, daß der Vorsitzende eine ähnliche Erklärung vorbringen solle, wenn — was gar nicht wahrscheinlich sei — ein Beschluß in obigem Sinne gefaßt würde, im anderen Falle solle er sich auf eine Mitteilung des Inhalts beschränken, daß die gleiche Frage auch im R. V. verhandelt werde und daß der R. V. zur Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verein für Psychiatrie bereit sei. (Letzteres geschah dann auch.)

Punkt 4 der Tagesordnung (Referat über den Ärzteausschuß) mußte wegen Zeitmangels ausfallen. Statt der zu Punkt 5 angesetzten Kolbschen Vorschläge, deren Diskussion zurzeit nach der Veröffentlichung Kolbs in Nr. 5-6 der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift unnötig erschien, wurde die Besoldungsreform verhandelt. Es wurde zunächst beschlossen, allen in Betracht kommenden vorgesetzten Behörden durch folgendes Schreiben als Forderungen des Reichs-Verbandes umgehend (Besoldungskonferenz der Preußischen Landeshauptleute am 10. Juni 1920 in Breslau) mitzuteilen:

Der Reichsverband beamteter Deutscher Irrenärzte erhebt als die berufene Standesvertretung im Reich hinsichtlich der Einordnung der Ärzte in die Besoldungsklassen folgende Forderungen:

1. Irrenärzte sind bei ihrer ersten planmäßigen Anstellung mit Beamteneigenschaft als Anstalts- oder Oberärzte unter allen Umständen einzureihen in Gruppe 10.
2. Oberärzte bzw. Anstaltsärzte nach zehn Dienstjahren in Gruppe 11.
3. Oberärzte mit besonderen Funktionen, erste Oberärzte, leitende Oberärzte, stellvertretende Direktoren in Gruppe 12.
4. Direktoren in Gruppe 13.

Für Assistenzärzte sind, falls sie nicht in Gruppe 9 eingereiht werden, etwa 75 bis 95 v. H. der Gruppe 10 in Ansatz zu bringen.

An der Gleichstellung aller akademisch vorgebildeten Beamten ist unbedingt festzuhalten.

(Diese Wünsche sind inzwischen allen Behörden zugegangen.)

Man verhehlte sich in der Diskussion nicht, daß ese Forderungen wohl hier und da auf Widerand stoßen würden, aber man war sich darüber nig, daß in Hinsicht auf die Eigenheiten und benderen Schwierigkeiten unseres Berufs und unrer Lebensbedingungen nur eine relativ erhebhe materielle Besserstellung einen gewissen Auseich bieten kann. Zugleich wurde auf Antrag des rstandes beschlossen, eine Kommission (Rein, ndsberg a. W. (Leiter), Sünner, Herzberge, aas, Dösen, Kundt, Deggendorf) zu bestellen, lche die Aufgabe habe, unverzüglich alles weie Material in Ergänzung dieser Forderungen, benders auch hinsichtlich der Nebenbezüge (Ortslage, Heizung, Beleuchtung, Dienstwohnungsanchnung, Garten usw.) zu sammeln und zu Richtien für weitere Entschließungen bzw. Eingaben bearbeiten. Die Kommission bittet dringend Mitteilung allen einschlägigen und wichtigen terials.

Mittlerweile war es 6 Uhr geworden und es den sich in großer Anzahl die Kollegen ein, die der nun fälligen Hauptversammlung teilnehmen llten. Wohl oder übel mußten daher die weien noch wichtigen Punkte der Tagesordnung der sschußsitzungen in der Hauptversammlung erigt werden.

Der Vorsitzende erstattete wiederum zunächst en notwendigerweise etwas abgekürzten Beht über den Stand der Organisation und die bisigen Beschlüsse des Ausschusses. Es folgte n die Mitteilung, daß der Vorsitzende an den ußischen Minister für Volkswohlfahrt in Ver; von dessen Runderlaß vom 27. Januar 1920 r den Übergang der Beaufsichtigung der öffenten Anstalten von den Oberpräsidenten an die gierungspräsidenten und deren Ausführung durch Regierungsmedizinalräte eine Eingabe gerichtet e. In dieser wurde verlangt, daß die Kreisärzte, nn auch nur vertretungsweise, nicht mit der Betigung betraut werden dürften, da sie kaum je r das Maß von Spezialkenntnissen verfügten, zur Revision derartig großer und bedeutender itute, wie es heute die öffentlichen Irrenanstalmeist sind, nötig sei. Sodann sei nicht „tunst", sondern „auf jeden Fall" ein angesehener narzt zuzuziehen, da nur ein solcher wirklich hgemäß über innere Einrichtungen und ärztliche andlung der Geisteskranken ein Urteil abzuen vermöge. Für die Auswahl dieser Sachverdigen kommen aber in erster Linie in Betracht t die Ärztekammern, sondern die organisierte ufs- und Standesvertretung der beamteten närzte selbst. Die Versammlung billigte diese Eingabe nachträglich. Inzwischen ist auf dieselbe folgende Antwort des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt eingegangen:

> Auf das mir unter dem 8. April 1920 zugegangene Gesuch erwidere ich ergebenst, daß ich die Herren Oberpräsidenten angewiesen habe, zu den künftigen Besichtigungen der Provinzialirrenanstalten in allen Fällen neben dem Regierungs- und Medizinalrat einen angesehenen Irrenarzt zuzuziehen und vor Auswahl der bzw. des psychiatrischen Sachverständigen eine Äußerung der jeweiligen Provinzialorganisation der beamteten Irrenärzte einzuholen.
>
> Berlin, den 26. Mai 1920.
>
> gez. Stegerwald.

Bezüglich des nächsten Punktes, der ausschließlich ärztlichen Leitung der öffentlichen Irrenanstalten, berichtete der Vorsitzende über die Bestrebungen, die neuester Zeit in Preußen offenbar aus den Reihen der mittleren Provinzialbeamten einiger Provinzen hervorgegangen, zu einem offiziellen Antrag auf einer Sitzung des „Zentralverbandes der Provinzialbeamten Preußens" geführt haben des Inhalts, „daß in den Provinzialanstalten den ersten Verwaltungsbeamten eine von der ärztlichen und geistlichen Leitung unabhängige Stellung gelassen wird und daß diese Stellung durch klar abgegrenzte Befugnisse und durch entsprechende Einreihung in den Gruppenplan zum Ausdruck kommt". Bezeichnenderweise war die Tagesordnung, die diesen Antrag enthielt, in den meisten Provinzen den Ortsgruppen der Provinzialbeamtenschaft, die doch am meisten davon getroffen waren, gar nicht mitgeteilt worden. Der Antrag wurde dank dem Eingreifen unserer ärztlichen Teilnehmer in der Sitzung abgelehnt und durch einen weit harmloseren (Quaet-Faslem) ersetzt, der sich mit dem Wunsch auf eine materielle Besserstellung der Inspektoren begnügte. Auch aus anderen deutschen Landesteilen wurden ähnliche Bestrebungen berichtet; besonders aus Süddeutschland. Es scheint sich um eine systematische und weitverbreitete Agitation zu handeln, die in heutigen Zeiten sehr wohl einmal zu einem für uns sehr unerwünschten Ziele führen kann und durchaus nicht auf die leichte Achsel zu nehmen ist. Die Neigung unserer Regierung, „den Aufstieg der Tüchtigen" durch Beförderung von mittleren und unteren Beamten in leitende Stellen zu markieren, wird manchmal keineswegs unter Berücksichtigung der wirklichen Sachbedürfnisse und oft ohne sachverständiges Urteil geübt. Das lehren die Erfahrungen der letzten Zeit mehr als genug. Die Stimmung der Versammlung verdichtete sich zu fol-

gendem Antrag des R. V. an den Deutschen Verein für Psychiatrie:

Der R. V. beantragt beim Deutschen Verein für Psychiatrie die Unterstützung seiner grundsätzlichen Erklärung über die unumgänglich notwendige Erhaltung der nur ärztlichen Leitung der öffentlichen Irrenanstalten zum Zweck einer nachdrücklichen Kundgebung. Eine solche ist um so dringlicher, als seit unserer Erklärung in Halle im Februar d. J. planmäßige Bestrebungen, auch seitens der Beamtenorganisationen, zum Abbau dieses in heißen Kämpfen erstrittenen Allgemeingutes der deutschen Irrenfürsorge in verschiedenen Gebieten hervorgetreten sind. Der R. V. beantragt, folgender grundsätzlichen Erklärung beizutreten und diese Erklärung seinerseits den in Betracht kommenden Staatsbehörden zugehen zu lassen:

„Der Reichsverband erklärt es sowohl im Interesse der Irrenfürsorge als auch im Standesinteresse der beamteten Irrenärzte für absolut notwendig, daß die Leitung der Irren- und verwandten Anstalten ausschließlich in fachärztlicher Hand sein und bleiben müsse. Er würde es als einen verhängnisvollen Rückschritt ansehen, jene beklagenswerte Mißstände wieder aufleben zu lassen, welche erst nach langen, erbitterten Kämpfen endlich zum Wohle der Kranken überwunden worden sind."

Gleich hier sei bemerkt, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie nach kurzer Begründung durch den Vorsitzenden des R. V. sich am 27. Mai der Erklärung anschloß, von der inzwischen den Behörden Kenntnis gegeben wurde.

Herr Oberarzt Dr. Banse, Lauenburg, erstattete dann das Referat über die Erhöhung der Gutachtergebühren. Er berichtete über die Verschiedenheit der Gebührenordnung in den einzelnen deutschen Staaten und ihre durchgängige Unzulänglichkeit; die bisher für Preußen verfügte Erhöhung um 100 v. H. erklärte er für ganz unzureichend und schlug eine wesentlich höhere Bezahlung vor mit größerem Spielraum, besonders nach oben, so z. B. für größere fachärztliche Gutachten besonders schwieriger Art bis 500 M. Für Vorbesuche verlangte er Bezahlung je nach dem Zeitaufwand. Nach kurzer Diskussion wurde eine Kommission gewählt (Rein, Landsberg (Leitung), Banse, Lauenburg, Groß, Schussenried), die das Material eingehend bearbeiten und positive Vorschläge machen soll mit der Möglichkeit einer einheitlichen Regelung für ganz Deutschland. Diese Vorschläge sollen dann den beteiligten Regierungen vorgelegt werden.

Wegen der weit vorgerückten Zeit mußte das letzte Referat ausfallen. Auch konnte der Antrag des Badischen Verbandes, gegen die Beschränkung der Arztstellen, die von einigen Behörden, zum Teil auf eigenartige Weise, betrieben wird, Stellung zu nehmen, nicht mehr zur Erörterung kommen. Wir bitten dringend, uns gegebenenfalls im Sinne der an anderer Stelle dieser Zeitschrift gemachten Hinweise zu orientieren, damit wir uns ein Urteil über den Stand dieser Bestrebungen bilden können.

Der Vorsitzende konnte noch in einigen warmen Worten der Kollegen aus den besetzten Gebieten gedenken, die noch unversorgt meist i Notunterkunft in Deutschland darauf warten, da Staat oder Kommunen sie verwenden. Es wurd auf das vorbildliche Beispiel der Provinz Branden burg hingewiesen, die schon seit langem derartig Flüchtlinge in ihren Anstalten untergebracht un angestellt hat. Es wurde gebeten, alle Gelegen heiten zu benutzen, um überall, wo es möglich ist vor allem bei den beteiligten Behörden darauf zu drängen, daß sie diese Ehrenpflicht an unseren ver triebenen Berufsgenossen erfüllen möchten.

So endete die erste ordentliche Tagung de R. V. in bester Harmonie mit einem Rufe zu ent schlossener Einigkeit und zu werktätiger Hilfe hoffentlich ein Vorbild für künftige Jahre. Möcht stets jeder Einzelne von uns, ganz gleich in wel cher Dienststellung er sich befindet, in seinem klei nen Kreise durch die Tat beweisen, daß dieser Ru auch bei ihm Gehör fand; bleiben wir uns nu immer recht klar darüber, daß auch heutzutag nicht nur Forderungen und ausgiebige Reden allei sondern vor allem Leistungen und opferbereite Handeln eine Sache zu fördern und zu adeln ver mögen!

Während der beiden nächsten Tage in der Ver sammlung des Deutschen Vereins für Psychiatri ergriff der Vorsitzende nach dem Referat Kolb über notwendige Veränderungen im Betriebe de Anstalten das Wort, um dem Deutschen Verein für Psychiatrie auch mündlich die Gründung des R. V bekannt zu geben. Er tat das mit Worten her lichen Dankes bei dem Hinweis auf die bisheri Tätigkeit des Deutschen Vereins für Psychiat (Wirtschaftliche und Standeskommission) zug sten der Standesinteressen der beamteten Irr ärzte. Er fügte hinzu, daß die Not der Zeit Psychiater zwinge, in einer besonderen Organi tion diese Aufgaben in Angriff zu nehmen. D solle aber keine Trennung vom Deutschen Ver für Psychiatrie bedeuten. Sondern wir erklär uns ausdrücklich bereit zu gemeinsamer A beit auch in weiterer Zukunft, schon allein desha weil insonderheit die Berufsfragen gar nicht oh die Mitarbeit der Kliniker und Privatanstaltsär



rledigt werden könnten. Zuletzt wurde auf unsere earbeitung der notwendigen Reformen im An- altsdienst hingewiesen. Die Aufforderung an den eutschen Verein für Psychiatrie zum Anschluß an nsere Erklärung gegen die Bestrebungen zur Ab- chaffung der ausschließlich ärztlichen Leitung der fentlichen Irrenanstalten wurde oben bereits er- ähnt. Gelegenheit zu Äußerungen des Vorsitzen- en bot auch der Antrag Dubbers, „der Verein olle gegen die in Preußen beabsichtigte Übertra- ıng der Aufsicht über die Provinzialanstalten auf e Regierungspräsidenten Stellung nehmen". Dem orsitzenden wurde in Gemeinschaft mit Herrn ubbers der Auftrag erteilt, eine entsprechende esolution abzufassen, die dann in der Versamm- ng angenommen wurde. Zuletzt wurde bei der Ergänzungswahl des Vorstandes des Deutschen Verein für Psychiatrie und dem R. V. darstellen hinzu gewählt mit der ausdrücklichen Begründung, daß er das Bindeglied zwischen dem Deutschen Verein der Psychiatrie und dem R. V. darstellen solle, und weil er nach den bisherigen Vorgängen das Vertrauen seiner Kollegen besitze, dem man auch durch diese Auszeichnung Anerkennung verschaffen wolle.

Dieser schöne Ausdruck der Einigkeit hat unsere Erwartungen auf ein verständnisvolles und segensreiches Zusammenarbeiten zwischen dem Deutschen Verein für Psychiatrie und dem Reichsverband beamteter Deutscher Irrenärzte bestätigt. Möge es für alle Zeiten so bleiben!

Mitteilungen.

— Die Herren Vorsitzenden der Landes- bzw. Pro- ızialvereine beamteter Irrenärzte werden gebeten, bald in ihrem Bezirk die **Besoldungsordnung** beschlos- n ist, den auf die Anstalten bezüglichen Teil derselben druckfertigem Manuskript möglichst bald direkt an n Verlag der „Psych.-Neurol. Wochenschrift", Halle S., Mühlweg 26, zu senden.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Die dies- ırige (10.) Jahresversammlung der Gesellschaft deut- ıer Nervenärzte wird am 17. und 18. September in ipzig abgehalten werden. Das Referatthema ist: linische und pathologische Anatomie der traumati- ıen Schädigungen des Rückenmarks." Referenten: ıssirer, Berlin, und Marburg, Wien. Anmel- ngen von Vorträgen für diese Versammlung sowie von vaigen der Versammlung zu unterbreitenden Anträgen rden bis zum 1. Juli an den 1. Schriftführer Dr. K. endel, Berlin W, Augsburger Straße 43, erbeten.

— **Reichsverband.**

In Baden sollen mehrere Hilfsarztstellen künftig nicht hr besetzt werden; im Rheinland ist dies bereits der ll.

Alle Einzelverbände in Landesteilen, in denen der- ige Maßnahmen vorgesehen oder in Ausführung be- ffen sind, werden dringend gebeten, unter kurzem tistischen Nachweis über das Verhältnis von Arzt zur ınkenzahl (Norm 1 : 100 bei 30 v. H. Zugang) sowie r den Stand der (anscheinend wieder überall anstei- ıden) Zugangsziffer baldigst Nachricht zu geben.

* * *

Allen preußischen Landeshauptleuten und den son- ten für das Irrenanstaltswesen in Frage kommenden hörden Deutschlands sind unter dem 1. Juni 1920 gende drei Mitteilungen zugegangen:

I.

Ew. Hochwohlgeboren

beehrt sich der seit dem 12. Februar 1920 bestehende Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte hierdurch ergebenst mitzuteilen, daß er die Vereinigung sämtlicher Organisationen ist, die in den einzelnen deutschen Landesteilen (Staaten, Provinzen, Städten) die wirtschaftlichen, Berufs- und Standesinteressen der beamteten Irrenärzte vertreten. Der Reichsverband, dem nunmehr so gut wie alle beamteten Irrenärzte Deutschlands angehören, ist als die berufene Standesvertretung im Reiche anzusehen. Die in allen Landesteilen und Provinzen bestehenden Einzelorganisationen erheben den Anspruch als maßgebende Standesvertretung für alle, das Irrenwesen und die Interessen der beamteten Irrenärzte angehenden Fragen von den beteiligten Behörden angesehen und demgemäß zur Beratung und Beschlußfassung bei diesen Angelegenheiten herangezogen zu werden. Der Vorsitzende des Reichsverbandes ist zurzeit der Oberarzt an der Landesirrenanstalt zu Landsberg a. W., Herr Dr. Baumann.

II.

Der Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte macht hierdurch darauf aufmerksam, daß in verschiedenen Teilen Deutschlands neuerdings energische Bestrebungen am Werke sind, um die ausschließliche ärztliche Leitung der Irren- und verwandten Anstalten abzuschaffen, und zwar in der Form, daß die bisher den Direktoren untergeordneten Verwaltungsbeamten volle Selbständigkeit erhalten und den ärztlichen Leitern gleichgestellt werden. Die Gesamtheit der deutschen Irrenärzte hält diese Bestrebungen für sehr bedauerlich und bittet denselben mit allem Nachdruck entgegenzutreten. Sie weist auf einen Beschluß hin, der bei der

Gründung des Reichsverbandes gefaßt und auf der Tagung in Hamburg am 26. Mai 1920 allseitig bestätigt wurde. Diesem Beschluß hat auch der in Hamburg zu gleicher Zeit versammelte Deutsche Verein für Psychiatrie, dem so gut wie alle deutschen und deutschösterreichischen Universitätslehrer, Kliniker und Privatanstaltsärzte angehören, in einmütiger, eindrucksvoller Kundgebung zugestimmt. Er lautet: „Der Reichsverband erklärt es sowohl im Interesse der Irrenfürsorge als auch im Standesinteresse der beamteten Irrenärzte für absolut notwendig, daß die Leitung der Irren- und verwandten Anstalten ausschließlich in fachärztlicher Hand sein und bleiben müsse. Er würde es als einen verhängnisvollen Rückschritt ansehen, jene beklagenswerten Mißstände wieder aufleben zu lassen, welche erst nach langen, erbitterten Kämpfen endlich zum Wohle der Kranken überwunden worden sind."

III.

Der Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte teilt hierdurch die Richtlinien mit, die in seiner letzten Hauptversammlung einmütig von allen Einzelverbänden hinsichtlich der Einordnung in die Besoldungsgruppen gemäß des Reichsbesoldungsgesetzes aufgestellt wurden. Es sind einzureihen: 1. Irrenärzte bei ihrer ersten planmäßigen Anstellung mit Beamteneigenschaft als Anstalts- oder Oberärzte unter allen Umständen in Gruppe 10. 2. Oberärzte bzw. Anstaltsärzte nach 10 Dienstjahren in Gruppe 11. 3. Oberärzte mit besonderen Funktionen, erste Oberärzte, leitende Oberärzte, stellvertretende Direktoren in Gruppe 12. 4. Direktoren in Gruppe 13. Für Assistenzärzte sind, falls sie nicht in Gruppe 10 eingereiht werden, etwa 75 bis 95 v. H. des Grundgehaltes der Gruppe 10 in Ansatz zu bringen. An der Gleichstellung aller akademisch vorgebildeten Beamten ist unbedingt festzuhalten. Es wird noch bemerkt, daß, soweit hier bekannt ist, in einzelnen Landesteilen diesen Forderungen behördlicherseits entsprochen wurde.

I. A.: Hussells, Schriftführer.

Buchbesprechungen.

— Strümpell, Prof. Dr. Adolf, Leipzig. Lehrbuch der Speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten für Studierende und Ärzte. II Bände. 21. vielfach verbesserte und vermehrte Auflage. Leip[zig] 1919, F. C. W. Vogel. 38 M, geb. 48 M.

Ich kann mich nicht besinnen, daß ein Lehrbuch [der] Inneren Medizin überhaupt 21 Auflagen erlebt hätte, [das] vorliegende in 38 Jahren, je einunddreiviertel Jahr [eine] Auflage! Aber die Zahl der Auflagen an sich mach[t es] nicht. Wenn der Verfasser bei allen Auflagen ein [und] dieselbe Persönlichkeit ist und noch dazu ein anerka[nn]ter Lehrer und Forscher, wie im vorliegenden Falle, [so] hat man die Gewißheit, daß der Stoff aufs beste kriti[sch] gesichtet und bei den zahlreichen Eintagsfliegen auf [dem] weiten Gebiet wissenschaftlichen medizinischen Ar[bei]tens unablässig die Spreu vom Weizen gesondert wor[den] ist und dem Arzt und Lernenden nur das Beste und [das], was fester unbestrittener Besitz ärztlichen Wissens [und] Könnens ist, geboten wird. Und Strümpell ist [die]selbe Persönlichkeit auch in dem anderen Sinne, daß [er] noch dieselbe unverminderte geistige Elastizität, Sc[haf]fenskraft und Schärfe der Kritik besitzt, wie damals [vor] 38 Jahren, als er die erste Auflage des Buches [er]scheinen ließ.

Auch der Zeitpunkt der neuen Auflage ist ein g[ün]stiger und zweckmäßiger. Im Kriege hat die Är[zte]schaft, die Armee der Rettung, auch auf dem Gebiet [der] Inneren Medizin ungemein viel und fleißig gearbei[tet], es war Gelegenheit gegeben, neue Erfahrungen und T[at]sachen zu sammeln, alte zu revidieren. Daß dies [in] Strümpells neuester Auflage genau berücksicht[igt] ist, braucht nicht besonders betont zu werden.

Hervorgehoben zu werden verdient bei den geg[en]wärtigen Schwierigkeiten der Papiererzeugung und [des] Buchdrucks die gute Ausstattung des Werks und [die] Sorgfalt bei der Wiedergabe der zahlreichen, darun[ter] auch farbigen Abbildungen und der Röntgenbilder, w[o] nichts zu wünschen übrig bleibt. Das alles bei ei[nem] sehr niedrigen Verkaufspreise des Werkes, der a[uch] dem Lernenden die Anschaffung ermöglicht.

Daß wir vor dem Titelblatt das Bild des Verfass[ers] begrüßen können, dafür wissen wir Ärzte dem Ver[lag] recht viel Dank.

Im einzelnen sei bemerkt, daß der I. Band (814 [S.,] 106 Abbildungen im Text und 6 Tafeln) enthält die aku[ten] allgemeinen Infektionskrankheiten, die Krankheiten [der] Respirations-, Zirkulations- und Digestionsorgane. [Der] Lungentuberkulose ist ein großer Raum gewid[met]

5 Seiten, ferner dem Typhus 40 Seiten, den Krankheiten es Herzens 80, des Magens 74, der Leber über 60. uch die ausländischen Infektionskrankheiten sind berücksichtigt. Der II. Band (950 S., 174 Abbildungen im ext und 6 Tafeln) bringt die Krankheiten der Harnrgane, wobei die recht ausführlichen allgemeinen Vormerkungen zur Pathologie der Nierenkrankheiten und er funktionelle Diagnostik sehr willkommen sind bei m Wirrwarr, der darüber heute noch herrscht, die ankheiten der Bewegungsorgane, des Blutes und Stoffechsels, der Drüsen mit innerer Sekretion und die ankheiten des Nervensystems (periphere Nerven, ckenmark, Gehirn). Die Darstellung der letzteren ist sonders umfangreich — über 600 Seiten. Physioische Vorbemerkungen sind auch hier den einzelnen schnitten vorgesetzt. Hysterie, Neurasthenie und umatische Neurose sind besonders eingehend behant. Ein Abschnitt über Vergiftungen und ein Abschnitt zeptformeln und Kurorte beschließen das Werk.

Die Nervenheilkunde kommt bei Strümpells erk ganz besonders gut auf ihre Rechnung, Grund für uns Fachärzte, demselben unser besonderes Interesse zu schenken. Der Lernende ersieht aus dem Werk, ein wie gewaltiges Gebiet die Nervenheilkunde neben der Inneren Medizin ist.

Nach alledem dürfen wir dem Werke die Prognose stellen, daß es, ständig sich erneuernd und jung erhaltend, auf unabsehbare Zeiten seinen ersten Platz unter den Lehrbüchern der Inneren Medizin behaupten wird.

Bresler.

— Ebbecke, Prof. Dr. Ulrich, in Göttingen, Die kortikalen Erregungen. Eine Studie über Seelenleben und Zellenleben. 305 S. Leipzig 1919, Verlag von J. A. Barth. 21 M.

Eine überaus klare, in sich geschlossene Psychophysiologie, wie wir derartige Behandlungen dieses Gebiets nur sehr wenige besitzen. Die Darstellung hält sich fern von übermäßigem Gebrauch der Fachausdrücke und von wissenschaftlicher Schwerfälligkeit. Das Buch wird weit über den Kreis der Mediziner, Psychologen und Naturwissenschaftler hinaus Verbreitung finden und verdient sie in größtem Umfange.



(Erfreulich ist der gelegentliche Hinweis auf die Psychologie Herbarts, die die Grundlage unserer heutigen exakten — vielfach freilich ins Unexakte ausartenden — Determinationspsychologie bildet, wenn dies auch den meisten heutigen Psychologen nicht bekannt oder bewußt ist.) Bresler.

Es wird gebeten, Änderungen und Berichtigungen zu dem Verzeichnis im Reichs-Medizinalkalender, II. Beiheft, für 1921: **Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Psychischkranke,** Trunk- und Morphiumsüchtige usw., jugendliche Schwachsinnige, Epileptische, sowie die Heilerziehungsanstalten, spätestens bis 28. Juni dem Unterzeichneten mitzuteilen.

Dr. Bresler, Kreuzburg, O.-S.

Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schriftleitung resp. den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen.

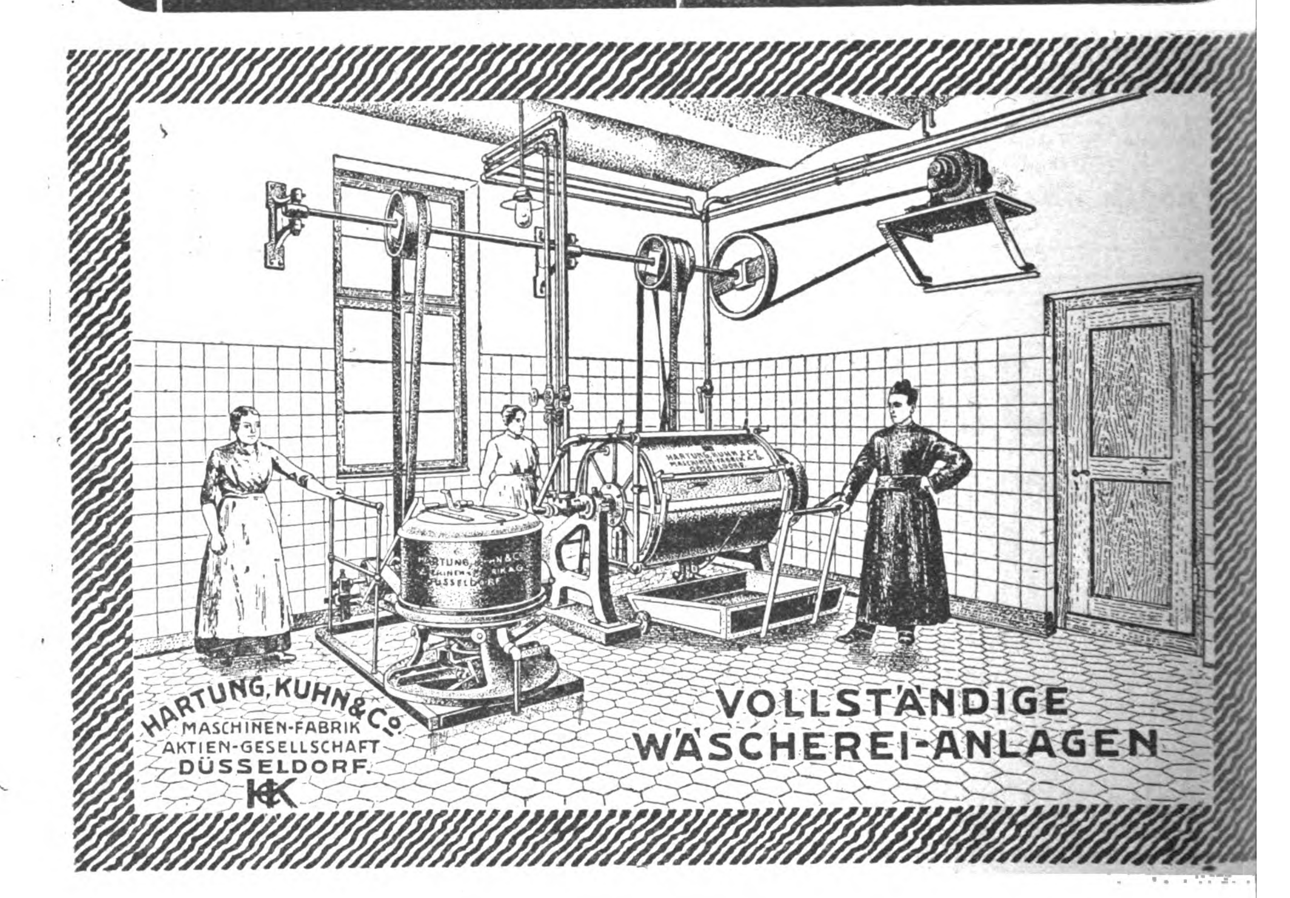
Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

eiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 13/14. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.


HARTUNG, KUHN & Co.
MASCHINEN-FABRIK
AKTIEN-GESELLSCHAFT
DÜSSELDORF.
HKK
VOLLSTÄNDIGE
WÄSCHEREI-ANLAGEN



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, San.-Rat Dr. **Deiters**, Düren, San.-Rat Dir. Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dir. Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. **Lehmann**, Hartheck, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. **L. W. Weber**, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et phil **W. Weygandt**, Hamburg.

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 13/14. 3. Juli **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Was bedeutet die Entwicklungsmechanik von W. Roux für den Arzt?

Ansprache beim 70 jährigen Geburtstage von W. Roux, 7. Juni 1920 im Auftrage der medizinischen Fakultät Halle (Prof. Dr. G. Anton).

Vor 250 Jahren hat Isac Newton es unternommen, das Licht, das bisher als elementarste einfachste Naturerscheinung galt, in die sieben Farbenbestandteile zu zerlegen, aus denen es allgemach durch Drehscheibe oder Strahlenvereinigung wiederhergestellt werden kann.

Es war ein ähnlicher Zug, der Roux veranlaßte, die Erscheinungen des Lebens in seine Bestandteile aufzulösen und das scheinbar Elementarste der Lebenserscheinungen zum Problem zu machen.

Die Gestalt und Form des Menschen, die er als Anatom so wohl beherrschte, hat er nicht nur auf Struktur, Dimension und Zweck ins Auge gefaßt, sondern er hat die Gestaltung und den Werdegang der Gestaltung als Lebensarbeit erwählt.

Dabei geriet er auf die grundlegendsten Fragen des Lebens überhaupt, und aus dem Forscher der Gestalt wurde allgemach ein Erforscher des Lebens.

Es genügte ihm auch nicht mehr, in der Entwicklungsgeschichte des Eies, das sichtbare Geschehen zu beobachten und zu beschreiben, sondern es drängte ihn, die inneren Ursachen des Werdens und die unsichtbare Mannigfaltigkeit zu erschließen.

Er begründete damit die Ursachenlehre des Werdens, der Gestalt und Struktur, die kausale Morphologie, für welche er das Experiment besonders in den Lebensanfängen zu Hilfe nahm.

Was sein großer Vorgänger, Wilhelm His, auf beschreibendem Wege geschaffen hat, das hat er mit Zuhilfenahme „kausalanalytischen" Versuches und durch scharf formulierte Fragestellung weiter gefördert; er ist dabei in verheißungsvolles Neuland gelangt.

Entsprechend den Prinzipien, welche Helmholtz in seinem Vortrage: „Denken in der Medizin" verlangte, ging Roux immer nach längerer geistiger Vorarbeit an seine Experimente.

Bei dem vielfältigen Geschehen der Zellteilung des befruchteten Eies hat Roux sich zunächst bemüht, das Wesentliche, d. h. das Determinierende, also die Art des Werdens bestimmenden



Faktoren festzustellen, das in der Artung des Eies Vorbestimmte scharf zu definieren und davon jene Wirkungen besonders der Außenwelt zu trennen, welche er als realisierende Faktoren bezeichnete.

Er verwandte eine Lebensarbeit darauf, die Wirkungsweise dieser beiden Faktoren abzugrenzen und zu ermitteln (determinierende und realisierende Faktoren).

Besonders aber wandte er sich der Ermittlung der im Ei selbst gegebenen Faktoren und ihrer Wirkungsweise zu, weil diese das Arteigene, Spezifische der Entwicklung bewirken.

Von diesen hängt die „typische" Gestaltung ab, das allein im Ei Determinierende und seit Generationen Bewahrte, Dauerfähige.

Das Normale und Anormale, von außen her Bewirkte (Klima und Nahrung) trennte er von den notwendigen im Ei selbst gelegenen Ursachen.

Dabei wurde eine klare Scheidung der Ursachen der Lebensentwicklung gewonnen.

Die individuelle Entwicklung schied er in 4 Gestaltungsperioden:

1. Die rein vererbten, im Ei gelegenen und dadurch bestimmten Gestaltungen.

2. Eine bereits von der Funktion „beherrschte" Wirkungsweise des funktionellen Reizlebens und zweitens eine Zwischenperiode, wo Anlage und äußere Einwirkungen die Entwicklung beeinflussen.

3. In der dritten Periode herrscht schon der funktionelle Reiz, welcher Gestaltung und Erhaltung beeinflußt. In dieser Zeit gibt es bereits vermehrte Anbildung durch Tätigkeit und das Gegenteil, also Rückbildung (Aktivitätshypertrophie und Inaktivitätshypoplasie in der zweiten und Inaktivitätsatrophie in der dritten Periode).

4. Späterhin fügte er noch die vierte Zeitphase hinzu, das nichtkranke Alter und seine Rückbildungen.

In allen diesen Zeitphasen des Werdens, Anbildens stellte er sich die Aufgabe, die Lebensbedingungen der Gewebe, jene Faktoren, die zu ihrer Bildung, zum Wachstum, zur Erhaltung und Funktion nötig sind, zu erschließen, kurzum ihre normalen gestaltenden Reaktionsvermögen und deren Ursachen zu erforschen.

Auch den Wiederersatz, die Regeneration hat er ohne Zuhilfenahme äußerer Faktoren und ohne die Entelechie von Aristoteles und später von Driesch als gestaltendes Prinzip zu begreifen gesucht.

Das Wesen des Lebens war er bestrebt immer schärfer zu definieren.

„Das Lebewesen ist ein Naturkörper, welche folgende, ihrer Art nach in ihm selber bestimmte Leistungen, also Selbstleistungen für sich ha Selbstveränderung, Selbstausscheidung, Selbstau nahme, Selbstwachstum, Selbstbewegung, Selbs vermehrung, Selbstentwicklung und Selbstübertr gung der Eigenschaften auf die Nachkommen, al Vererbung."

Den Begriff der Zweckmäßigkeit ersetzt zum Teil durch den Begriff der Dauerfähigkeit.

Besonders aber fügte er als neue wesentlic universelle Eigenschaft Lebewesen hinzu das Ve mögen der Selbstregulierung in der Au übung aller ihrer Leistungen.

Durch die Selbstregulierung wird die Erh tungsfähigkeit und Dauerhaftigkeit im Wechsel d Umstände hergestellt.

Beim lebenden Organismus gilt dieses Verm gen sowohl für die körperlichen wie seelisch Lebensvorgänge, und gerade der moderne G danke: die Wirkungen des Ganzen auf die Tei in seelischer Beziehung: die Wirksamkeit der Pe sönlichkeit auf die Organe wurde dadurch in d Blickfeld der Forschertätigkeit gerückt.

Soviel von den allgemeinen Eigenschaften d Lebewesens.

Im speziellen erörtert er schon in ein Jugendarbeit die Gestaltungsprinzipien der Bl gefäße.

Gestalt und Umfang der Astursprünge der Art rien werden durch Anpassung der Gefäßwa dungen an die hydraulischen Kräfte des Blutstra les hervorgebracht, so daß der Blutstrahl die G stalt des aus seitlicher Öffnung ausspringend Strahles erlangt.

Dadurch wird die Reibung im Blute vermi dert, also sehr an Betriebskraft für die Zirkulati gespart.

Dies Vermögen bekundet sich nicht nur in typ schen und normalen Verhältnissen, sondern au in abnormen Verhältnissen als direkte Anpassur

Für den Kliniker ist auch theoretisch und pra tisch beachtenswert die von Roux erschlosse qualitative Anpassung der Wandung d Blutkapillaren in jedem Organe an d spezifischen Verbrauchsstoffe jener Organe, so d die Blutkapillarwandungen für mehr gebrauch Stoffe des Organes durchgängiger werden, w später von den Physiologen (Hamburger und and ren) bestätigt wurde.

Bonnet hat nachgewiesen, daß der Bau d Arterienwände in den einzelnen Körperorgan verschieden und charakteristisch ist. Diese schö Jugendarbeit von Roux hat uns sein ausg



eichneter Mitarbeiter A. Oppel ausgestaltet nd als wissenschaftliche Fundgrube übermittelt.

Auch bezüglich der Muskeln konnte, in estätigung der deskriptiven Untersuchungen von . H. Weber und A. Fick an normalen Obkten die „funktionelle Länge" des Musels als „direkte Anpassung" an neue Größen des 'erkehrsterrains erwiesen werden.

Auch zeigte Roux, daß neue Fiederung des luskels als direkte Anpassung entstehen kann.

Besonders fruchtbar erwiesen sich die Studien ber die gestaltende Wirkung der Funktion auf das lindegewebe und die bindegewebigen Orane.

Seine ursächliche Ableitung der Struktur der chwanzflosse der Waltiere lieferte ein Vorbild, as später die Chiurgie praktisch verwertete.

Nach momentanem Bedarf vermag dieses Oran an sich nicht biegungsfestes Material biegungsest zu machen, um starken äußeren Biegungsviderstand zu überwinden.

Durch Biegung, straffe Anpassung und Wiedertreckung wird die Ortsbewegung dieser Tiere ewirkt.

Es übertrifft diese Leistung weit die viel diskuierte funktionelle Anpassung der Struktur des Knochens.

Bekanntlich hat Julius Wolff die statichen Knochenstrukturen aufgedeckt, welche der eweiligen Belastung durch Druck und Zug sich npassend, architektonische Zweckmäßigkeit erreisen.

Es ist dies ein Gedanke, den unser unvergeßcher Gebhardt weiter ausgeführt hat.

Die gestaltende Wirkung der Funktion auf das iewebe hat Roux mehrfach am Bindegewebe eriesen, und die Chirurgen und Orthopäden verandten dieses Prinzip zur Anlage künstlicher Sehen bei Verlust oder Durchtrennung der Sehnen.

Es hat sich erwiesen, daß die Funktion bei der rztlichen Behandlung möglichst bald Platz zu greien hat und durch die Bewegung der verletzten 'eile, also durch Funktion wird die erwünschte Imwandlung des Gewebes erzielt.

Die gestaltende Wirkung des funktionellen Reies hat auch Bier vielfach bestätigt und prakisch angewandt.

Wenn auch der funktionelle Reiz als Gestalungsreiz langsam arbeitet, so ist doch gerade in er chirurgischen Nachbehandlung praktisch bestäigt, daß die Übung und Funktion möglichst bald inzusetzen hat.

Der funktionelle Reiz ist zur zweckmäßigen Imgestaltung der inneren Struktur des verletzten Organes für Form und Stärke des regenerierten Gewebes von besonderer Wichtigkeit und nach Bier beim Jugendlichen wirksamer als beim Alten.

Auch das Transplantat verwandelt sich in fertiges Gewebe unter dem Einflusse der Funktion.

Der gleiche Faktor wirkt auch auf Knochen- und Knorpelbildung.

Roux hat es selbst unternommen, Entstehung und Gestaltung einzelner jugendlicher Skelettverbildungen, z. B. der Deformierung der Wirbelsäule zu analysieren.

Das ererbte Wachstum des Knorpels wird durch abnormen Druck gehemmt, während es durch Zug und Entlastung andererseits befördert wird.

Kurzum: er führte in die Orthopädie ein die Erforschung und Verwendung der gestaltenden Reaktionseigenschaften jedes der an der Verunstaltung beteiligten Gewebe.

Da es sich bei den orthopädischen Bestrebungen zumeist um Ausnutzung funktioneller Anpassungsfähigkeit der Gewebe handelte, prägte er den allgemein angenommenen Ausdruck der funktionellen Orthopädie.

Für diese Disziplin kommt auch in Betracht die Lehre von dem Bildungs- und Erhaltungsgleichgewicht der Gewebe und der aus ihnen gebildeten Organe.

Diese Lehre hat insbesondere auch Anwendung gefunden bei der Gelenksbildung, bei Anpassung der Form der Gelenkenden an irgendwie erzwungene neue Funktionsweisen.

Ein glanzvolles Beispiel für die Befruchtung der klinischen Medizin mit den scheinbar theoretischen und abstrakten Ergebnissen der Entwicklungsmechanik Roux' stellt die Lehre von den Überpflanzungen und Wiederherstellungen, den Transplantationen und Regenerationen dar, welche besonders in der schönen Arbeit von Dietrich Barfurt illustriert sind.

Die überraschenden Erfolge der Transplantation auf zoologischem Gebiete haben schon Born zu der Bemerkung veranlaßt, daß die Einheilung von embryonalen Stücken an fremdem Ort wesentlich auf Selbstdifferenzierung der einzelnen Teile im Sinne von Roux zu deuten ist.

Nach Roux gehört zur Überpflanzung die Fürsorge für eine rechtzeitige Ernährung und das Ausüben der Tätigkeit des betreffenden Teiles.

Mit diesem Rezepte gelangen in der Tat viele Transplantationen, welche auch vorbildlich für die



Bestrebungen der Chirurgen am menschlichen Körper sich geltend gemacht haben.

Freilich ist dabei, wie Payr gewarnt hat, die Selbstbeschränkung am Platze.

Aber auch dieser Autor widmete der Funktion als Heilfaktor ein ganzes Kapitel, und gerade seine Erörterung der Transplantation erwies, wie fruchtbar der Gedanke war, daß für die Transplantation die jetzige Adernaht und die frühzeitige Übung maßgebend für den Erfolg sind.

Die ganze chirurgische Behandlungsmethode, welche früher lautete: man lasse die Wunde in Ruhe, hat sich in die Parole verändert: möglichst bald Übung und Funktion Platz greifen zu lassen.

Ja, bei den inneren Organen wird im Vorhinein gerechnet mit der stetigen Bewegung des eben operierten Organes (Magen, Darm, Herz).

Noch ist freilich die Frage nicht entschieden, wie weit die Überpflanzung der wichtigen Körperdrüsen mit Gefäßnaht von Dauer sein wird (Eiselsberg, Payr u. a.).

Die Überpflanzung von Nieren, von Geschlechtsdrüsen ist bereits experimentell an Tieren, aber auch an Menschen gelungen, wenn auch bezüglich letzterer die Einschränkung und vorsichtige Frage am Platze ist, wie lange diese Überpflanzung dauert.

Drüsen mit vorwiegend innerer Sekretion sind derzeit noch leichter zu überpflanzen als solche mit der Aufgabe hoher äußerer sekretorischer Leistungen.

Jedenfalls steht fest, daß die Überpflanzung von Knochen, von Muskeln, von Nerven, von ganzen Drüsenorganen als möglich anzusprechen ist, und daß diese kühnen Vorstöße im ärztlichen Können anschließen an die embryologische Forschung, insbesondere auch jene Forschungsrichtung, welche Roux jetzt seit 40 Jahren vertritt.

Die Wirkungsweisen und ihre Faktoren wurden durch den emsigen Forscher zum Teil festgestellt und klar formuliert.

Nun ist es Sache der Chirurgen und Orthopäden, diese Lebenseigenschaften der Gewebe in den verschiedenen Zeitphasen zu erproben und zu verwerten.

Denn sie allein haben das Material und die Erfahrungen, diese Größen erschließen zu können.

Ihnen bieten sich bei den Kranken gleichzeitig die Ergebnisse vieljähriger Experimente in den gestaltenden Reaktionen von selber dar, während die Experimente an Tieren viele Zeit und Mühe kosten und mitunter, ohne Mithilfe „des psychischen Zwanges und des Willens" nicht möglich sind.

Auch die Lehre von den Mißbildunge[n] und von den Geschwülsten,[1]) die ja so [...] an abnorme Entwicklung anschließen, hat d[...] diese Forschungsrichtung neue Wege und Ziele e[...] halten.

Jedenfalls sind dem Kliniker durch die Erge[b]nisse der Entwicklungsmechanik neue Gesichts[...]punkte und erfolgreiche Waffen entstanden, so d[...] uns ein Import von dieser Disziplin neues Lebe[n] neues Wirken verheißt.

Auch bezüglich der Gehirnentwicklu[ng] und der Gehirnfunktionen verspricht die Betra[ch]tungsweise von Roux neue Gesichtspunkte [...] fundamentales Verständnis.

Die Entwicklung von neuen Gehirnteilen in [...] Reihe der Tierwelt markiert sich auch in der E[nt]wicklung der Blutgefäße, so daß man umgeke[hrt] aus der Form und Bildung der Blutgefäße auf [...] Funktion des Gehirnteiles berechtigte Schlüsse [...]hen kann.

Schon die baumförmige Aufteilung der Blu[tge]fäße im Gehirn und die wahrscheinlich raschere [Er]weiterung des Strombettes verweisen auf Eige[n...] der Blutberieselung, aber auch der Funktion [...] ernährten Hirnteile.

Die automatisch wirkenden Anteile des H[irn]stammes werden durch Endarterien vers[orgt] welche nur stellenweise Beziehung untereinan[der] haben.

Dagegen weist das Großhirn, der Träger [...] Vermittler der seelischen Funktionen, ein ganz [an]deres Ernährungsprinzip auf.

Die Arterien der Gehirnoberfläche kommu[nizie]ren reichlich miteinander, und eine Arterie [...] dort von der anderen mit Blut gefüllt we[rden] (Langer, Meynert).

Wir wissen, daß zu jeder seelischen Fun[ktion] eine Zusammenarbeit von Hirnteilen nötig is[t...] also hier vielfach das Organ als Ganzes zu w[irken] hat.

Ein kurzes Beispiel sei gebracht, wie we[...] Roux'sche Betrachtung von Gestalt und Fun[ktion] zu führen verheißt.

Das Stirnhirn ist beim Menschen der g[...] und schwerste Bestandteil des Großhirns ge[wor]den.

Es entwickelt sich an der Stelle, wo bei [...]ren Tieren der Geruchssinn und der engv[...] Tastsinn der vorderen Gesichtsteile zu finde[n] (orale Hirnteile nach Edinger).

[1]) Wie weit die Frage der Malignität der Gesch[...] ein Zellproblem geworden, siehe Kraus, Pat[...] der Person, bei Thieme 1919.

In der ganzen psychischen Reihe der Tierwelt ıtwickelt sich allgemach bis zu den Menschenſen, besonders aber beim Menschen die **große** **ordere Hirnarterie**.

Nach der Übersicht, welche die jungen Forscher **othmann** und **Goldstein** gaben, entwickeln ch nach und nach von den niederen Affen aus vei Stirnhirnarterien als Ausdruck der zunehmen:n Funktion dieses Hirnteiles.

Die Zunahme der Stirnhirninnervation bewirkt ich neuerer Forschung insbesondere (nach **Meyert**, **Munk**, **Sheringtom**) die Innervation r Rumpfmuskeln und des aufrechten Ganges, dait aber die Entfernung von der Geruchsquelle, m Erdboden, und in Verbindung damit eine Umrmung der Wirbelsäule, des Beckens, der Musılatur, der Gestaltung des ganzen Körpers.

Das Stirnhirn ist zwiefach durch Haubenbahn ıd Hirnschenkelfuß durch reichliche Bahnen mit m Kleinhirn verbunden.

Das Kleinhirn aber und seine Dependenzen sind ündungsstellen des wichtigten Sinnesorganes des leichgewichtssinnes, der bogenförmigen Kanäle, elche gewiß auch die wichtigen Einwirkungen r Schwere signalisieren.

Das System der bogenförmigen Kanäle des leinhirns und Stirnhirns haben bei höheren Tieren ewissermaßen die Leistungen und die Organe des eruchssinnes im **Kampfe der Teile des** **ehirnes** besiegt und damit auch den seelischen halt und die Artung des Menschen weitgehend ngewandelt.

Die Funktion hat hier die Gestalt verändert, soohl die physische Gestalt wie auch den seelischen halt.

Anstatt des Geruchszentrums wirken hier die bkömmlinge und die seelischen Korrelate des leichgewichtssinnes und nach Annahme vieler orscher die geometrische und mathematische Beıbung, aber auch die Zentren höherer Ordnung, elche **Flechsig** erwiesen hat, die Assoziationsntren, welche erst seelisch repräsentieren, was ir die Persönlichkeit nennen.

Vielleicht bleibt es noch ein Rätsel, welche Voringe im Organismus die relative Zunahme des leinhirns und Stirnhirns beim Menschen ontogetisch veranlaßt haben.

Sicher ist, daß mit diesen neuen Funktionen auch e Funktionsträger stetigen Gestaltsveränderunn unterworfen sind.

Die Kleinhirn- und Stirnhirnbildungen sind vielicht die veränderlichsten Dinge im menschlichen ehirnplane.

Das Kleinhirn zeigt, wie schon beim Lebenden das Röntgenbild erweist, weitgehende Unterschiede, und beim Stirnhirn rechnen wir bereits mit einem Dreiwindungs- und Vierwindungstypus, abgesehen von den sekundären Furchen.

In der Tat hat auch die Anthropologie bereits diese **Kulturvarianten** anerkannt und damit die weitere Entwicklungsfähigkeit der menschlichen Intelligenz.

Der Weg scheint weit von der Betrachtung der ersten Furchungen des befruchteten Eies bis zu dem kompliziertesten Organ, dem Gehirn; und doch gelten die Gesetze und Betrachtungen, die der scharfsinnige Forscher bei den Experimenten an den einfachsten Lebenserscheinungen vornahm, in gleichem Maße bei den verwickeltsten Erscheinungen des Lebens, bei den höheren Organismen, wo die von **Roux** formulierte Selbstregulierung vom Nervensystem und von den seelischen Funktionen übernommen wurde, was früher im primitivsten Leben als Eigentätigkeit der Zellen und Zellkomplexe er mit Seherauge wahrgenommen hat.

Der kurze eilige Überblick seiner Lebensarbeit hat uns von den Wurzeln und Anfangserscheinungen des Lebens bis zur Blüte des Lebens, zu den geistigen Höchstleistungen, geführt.

Möge die vierte Periode seiner Einteilung, „das nichtkranke Alter", noch zeigen, daß gerade die Funktion lebendig erhält und mit Dauerfähigkeit lohnt, daß das Alter nicht ein Begriff der Jahre, sondern eine Folge der Konstitution ist!

Auf seelischem Gebiete gelten eben neue Gesetze. Altwerden heißt hier: stereotyp werden.

So sehen wir, daß mitunter die Jugend geistig altert unter der Stereotypie der Schlagworte, andererseits daß eine altbewährte gute Funktion Selbstregulierung und gute Dauerfähigkeit erweist.

In der **medizinischen Fakultät in Halle** herrscht die schöne Überlieferung, daß nicht jeder abgeschlossen für sich arbeitet, sondern ein Zusammenleben, ein **Akkord der Arbeit** geschaffen wird, wo jeder für jeden einen geistigen Zuwachs bedeutet.

Die verschiedensten Begabungstypen sind dabei nötig.

Bei **Roux** vereinigte sich die mathematisch-physikalische Begabung mit einem hohen sprachlichen Ausdrucksvermögen, letzteres besonders im Sinne scharfer Begriffsbestimmung, sprachlicher Klarlegung und Feststellung seiner Denkergebnisse.

Sowohl der **Inhalt** wie die **Wortfindung** dafür sichern seinen Arbeitserfolgen die große Dauerfähigkeit, dauernd für die Überlieferung an



Gleichbestrebte und für kommende Geschlechter, solange deutsche Wissenschaft glüht und leuchtet, aber auch standhaltend gegenüber der Kritik, und im nötigen Kampfe der Geister.

Seine Arbeit war und ist geleitet und bestimmt durch einen energischen, gefühlsbetonten Willen, der gewissermaßen die Grundwelle seiner Fahrt durchs Leben ist.

Er verstand es, alles, was in ihm lebte, alle Licht- und Wärmestrahlen auf sein Arbeitsziel zu konzentrieren, sowohl durch rechtzeitige Isolierung von störenden Eindrücken der Außenwelt wie auch durch Transponierung und Überleitung aller starken Eindrücke auf zielgerechte, nützliche Arbeitsenergie.

Auch die — freundlichen und feindlichen — Lebensreize hat er zur gestaltenden seelischen Funktion verwandt.

Durchdrungen von seiner Arbeit und von seiner Lehre ist er schon deshalb so wirksam auf Fachgenossen nah und fern, jung und alt.

Trotzdem hat er sich die geistige Beweglichkeit bewahrt und die nötige Ungebundenheit für neue Denkmöglichkeiten und für neue Einfälle.

Sein Gefühlsleben verarmte nicht bei ernster Arbeit. Diese war sogar ein Schutz bei seiner großen seelischen Resonanz.

Bei Kunst und Gesang und Zitherspiel in der Schutzwehr eines schönen Daheimlebens hat er immer die Bahn freigehalten zu natürlichem, unverkümmertem Menschentum.

Eine Zierde des preußischen Wesens ist die Systematik der Arbeit und das Vermögen zu dauernder Anstrengung und Leistung bis zur Grenze der Kräfte, das Überwinden der Ermüdungsgefühle.

Dies ist ein Vorzug, aber auch eine Gefahr im einzelnen und im Gesamtleben, wie die Geschichte, auch der Weltkrieg uns beweisen.

Möge die Erkenntnis von dem stetig waltenden Gesetze des organischen Lebens, von der Ökonomie der Kräfte, ihn selber bei der Arbeit leiten und ihm weitere Dauerfähigkeit verbürgen!

Die beste Geistesprüfung ist die Lebensprobe, und die hat Roux glänzend bestanden.

Wir alle sind überzeugt, daß hierin auch eine Bürgschaft liegt, daß die Funktion auch in seinem Zukunftswalten sich bewährt.

Denn trotz aller ehrlichen Plage, die den Achtstundentag verdoppelte, hat ihn die Lebensforschung im Alter jung erhalten.

Über die Infektiosität der Poliomyelitis anterior acuta.

Von Dr. **Hubert Sieben,** Haut- und Nervenarzt in Bürstadt (Hessen).

In neuerer Zeit hat sich die Anschauung, daß die Poliomyelitis anterior eine Infektionskrankheit ist, immer mehr verbreitet. In der Tat spricht vieles dafür, die ganze Entwicklung und der Verlauf, sowie eine gelegentliche Tendenz zur epidemischen Verbreitung. Nachdem Heine im Jahre 1840 die Krankheit zuerst beschrieben hatte, war es im Jahre 1898 Medin, der zuerst über das epidemische Auftreten der Krankheit berichtete. Ich möchte gleich hier bemerken, daß es doch sehr auffallend ist, daß die Krankheit schon mindestens fast 60 Jahre bekannt war, bis sie plötzlich zu einer Epidemie führte. Die Angaben mehrerer Autoren wie Auerbach, Bülow-Hausen, Bock u. a. über die von ihnen beobachteten kleineren Epidemien scheinen alle in die Zeit der eigentlichen großen Epidemien zu fallen, so daß man in der Tat annehmen muß, daß vor 1898 die Krankheit nicht epidemisch aufgetreten ist. Was die Mitteilung Oppenheims über drei verschiedene Fälle betrifft, so ist der Beweis nicht so ganz sicher erbracht, daß es sich um eine Übertragung des infektiösen Agens gehandelt hat, immerhin könnte man diese Möglichkeit zugeben. Die ersten großen Epidemien spielten sich vorwiegend in Skandinavien ab, erst im ersten Dezennium dieses Jahrhunderts gewann die Krankheit eine epidemische Verbreitung über fast alle Länder Europas und einen großen Teil Amerikas, um dann allmählich wieder zu erlöschen. Dabei kamen aber immer sporadische Fälle vor, welche mit den vor 1898 beobachteten identisch waren, und die sich von den epidemischen in wesentlichen Punkten unterschieden.

Diese beiden Krankheitstypen sind streng auseinanderzuhalten. Bezüglich der epidemischen Poliomyelitis ist hauptsächlich auf die Beobachtungen Wickmanns hinzuweisen. Die initiale Fieberdauer scheint bei beiden Affektionen ungefähr gleich zu sein (2 bis 4 Tage). Doch schon dieses Initialstadium zeigt erhebliche Unterschiede. Während bei der epidemischen Form typische meningeale Reizerscheinungen (Nackensteifigkeit, erhebliche Rückenschmerzen, allgemeine Hyperästhesien, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule) regelmäßig vorhanden sind, fehlen dieselben bei der sporadischen Form. Bei letzterer handelt es sich



ben niemals um meningeale Entzündungsprozesse. ußerdem beginnt die epidemische Form häufig mit rbrechen und Durchfällen oder bei anderen Epiemien mit Bronchitis oder Angina. Manchmal auert das Fieber bei dieser Form länger, bis zu wei Wochen, was bei der sporadischen spinalen inderlähmung nie vorkommt. Bei der epidemichen Form kommt es ferner zu starken Schweißusbrüchen, zu Erythemen (!) und zu Leukopeie (!), und ferner ist namentlich die Hyperästhesie ist immer besonders stark ausgesprochen. Wähend es sich bei der sporadischen Form um eine eine Vorderhörnerkrankung handelt, macht bei er epidemischen der Prozeß an den Vorderhörern nicht halt, sondern greift auf andere Teile des ückenmarks über, wodurch das Bild der Ausfallsrscheinungen ein komplizierteres wird und eine ewisse Polymorphie zustande kommt. Es komen hier öfters Sensibilitätsstörungen und spaische Paresen vor, und Harnverhaltung bildet soar ein regelmäßiges Symptom. Ein wichtiges ierkmal ist ferner die Beteiligung der Hirnnerven, eziell des Fazialis, dann des Okulomotorius, des otorischen Trigeminus, Rekurrens und Glossoiaryngeus, die bei der sporadischen Form sehr lten ist. Diese Beteiligung beweist eben, daß die rankheit sich nicht auf das Rückenmark behränkt hat, sondern auf das Gehirn übergegriffen it. Wir finden also unter den Bildern der epideischen Form Typen, die sich der diffusen oder sseminierten Myelitis nähern, ferner solche mit ehr meningitischem Charakter und außerdem sch tödlich verlaufende Fälle, die mit der Lanyschen Paralyse große Ähnlichkeit haben. Hin kommen dann noch die pontinen und ev. enzealitischen Prozesse. Dies dürften im wesenthen die Unterscheidungsmerkmale von der spodischen Form sein, nur darf man nicht vergesn, daß auch diese in seltenen Fällen Symptome weist, die sich mit der isolierten Erkrankung r Vorderhörner nicht vollständig zu decken schein. Die sporadische Form dieser Krankheit, die B. in einzelnen Gegenden der oberrheinischen ebene immer wieder vorkommt, beobachte ich r seit vielen Jahren. Kaum vergehen ein bis rei Jahre, in denen nicht der eine oder andere ll zur Behandlung kommt. Es handelt sich z. T. schwere Fälle mit vollkommener gleichzeitiger hmung mehrerer Gliedmaßen und um leichtere, i denen nur ein Glied bzw. sogar nur einzelne uskelgruppen, z. B. an einem Bein, oder nur ein il der Rückenmuskeln einseitig gelähmt waren. einem Fall wurde eine hochgradige Hyperästhe- und spastische Parese des betroffenen Beines beobachtet, die später einer Lähmung einzelner Muskelgruppen desselben Platz machte. Gerade dieser sporadische Fall war deswegen interessant, weil die Hyperästhesie vielleicht zentral bedingt war, was auf eine Beteiligung anderer Rückenmarkselemente hinweisen würde.

Betrachten wir nun die bis jetzt bekannten Ursachen, die das Symptomenbild der spinalen Kinderlähmung hervorzurufen geeignet sind, so finden wir zunächst, daß bei Versuchstieren durch experimentelle Einführung von Mikroorganismen (wie Typhus- und Influenzabazillen, Bact. coli usw.) und entsprechenden Toxinen Veränderungen im Rükkenmark erzeugt werden können, die der Poliomyelitis ganz ähnlich sind. In einem Fall von spinaler Kinderlähmung gelang es F. Schultze, im Liquor den Jäger-Weichselbaumschen Diplokokkus nachzuweisen. Eine ganze Reihe von Autoren hat dann weiterhin Diplokokken im Liquor gefunden; immerhin ist der Nachweis von Mikroorganismen im Liquor zu den Seltenheiten zu zählen, so daß diesen positiven Befunden keine Bedeutung beigemessen wurde. Es dürfte die Regel bilden, daß der Liquor fast stets klar ist, allerdings scheint es sich doch dabei um eine geringe Lymphozytose und entsprechende Eiweißvermehrung zu handeln, ferner wurde eine nicht unerhebliche Erhöhung des Drucks festgestellt. Landsteiner und Poppe fanden dann, daß sich die Krankheit in der Zeit ihrer epidemischen Ausbreitung durch Überimpfen von Bestandteilen des zentralen Nervensystems auf Affen übertragen ließ, andere Forscher wiesen dann nach, daß sie von Affen auf Affen übertragbar ist. Bis jetzt ist es aber nicht gelungen, das Virus bakteriologisch und chemisch zu analysieren; es konnte jedoch nachgewiesen werden, daß es sich nicht um einen mit den bekannten Methoden der Bakterienfärbung und -züchtung darstellbaren Mikroorganismus handelt. Außerdem wurden von Flexner, Lewis, E. Müller, Römer, Kraus u. a. im Blute Genesener Antikörper gefunden. Diese wurden auch von Netter, Levaditi und Müller im Serum eines Kindes gefunden, das an der sporadischen Form gelitten hatte. Dieser letztere Befund ist wichtig genug, etwas genauer darauf einzugehen. Einmal handelt es sich um einen einzigen Fall, und ferner ist es auffallend, daß dieser Nachweis bis jetzt nicht öfter geglückt ist, zumal angegeben wird, daß die Antikörper sich jahrelang im Blute der Genesenen halten. Es dürfte daher fraglich sein, ob diesem einzigen Fall soviel Beweiskraft begemessen werden kann, daß man daraus auf die Identität der beiden doch wesentlich verschiedenen Krankheitsformen

schließen darf, zumal mir nicht bekannt ist, daß die betr. Autoren wirklich diesen Schluß gezogen haben.

Aus einem Vergleich der beiden Formen geht vielmehr hervor, daß es sich in der Tat um zwei verschiedene Krankheiten handeln muß, die nicht nur in klinischer, sondern auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht streng voneinander getrennt werden müssen. Während wir aber z. B. bei der Meningitis in der glücklichen Lage sind, die epidemische Form mit Sicherheit zu erkennen, versagen bei der Poliomyelitis unsere diagnostischen Hilfsmittel häufig, zumal wir auch aus dem Lumbalpunktat bis jetzt die beiden Krankheiten nicht voneinander unterscheiden können; und diese Erkenntnis wäre doch oft von großer Tragweite. Jedem Arzte, der in früheren Zeiten die sporadische Form beobachtet hat, wird noch erinnerlich sein, daß niemand auf den Gedanken kam, die Krankheit für infektiös bzw. kontagiös zu halten, und offenbar hatte auch mindestens 60 Jahre, in Deutschland sogar 70 Jahre lang die Poliomyelitis durchaus keine Merkmale, die auf eine Infektiosität bzw. Kontagiosität schließen ließen, sonst wären diese doch sicher den älteren Ärzten irgendwie aufgefallen, und ich muß sagen, daß mir niemals sich auch nur die leisesten Anzeichen boten, daß es sich um eine übertragbare Krankheit handeln könne. Es wurden damals nie irgendwelche Absperrungsmaßnahmen getroffen. Die Geschwister der erkrankten Kinder gingen alle zur Schule, es kamen nach und nach noch viele andere Kinder in das Krankenzimmer, die alle mit dem erkrankten Kinde spielten und dabei in sehr nahe Berührung mit ihm kamen. Niemals hat es sich in den von mir beobachteten Fällen ereignet, daß gleichzeitig noch weitere Erkrankungen vorkamen. Immer blieb der Fall vollkommen vereinzelt, und es dauerte geraume Zeit, manchmal zwei bis drei Jahre, bis an einer vielleicht 10 km weit entfernten Stelle ein neuer Fall auftrat. Genau so muß sich die Krankheit seit mehreren Menschenaltern verhalten haben, jedenfalls konnte bis dahin niemand ein kontagiöses Moment bei derselben vermuten. Da kamen plötzlich, seit 1906 auch in Deutschland, Epidemien, welche viele Zeichen der ursprünglichen Poliomyelitis trugen, und es war in der Tat zunächst nicht mehr möglich, beide Krankheitsformen mit einiger Sicherheit voneinander zu unterscheiden, so daß man glaubte, die Poliomyelitis sei in der Tat eine kontagiöse Infektionskrankheit, und bei den reflektorisch einsetzenden Abwehrmaßnahmen wurde jegliche Art von Kinderlähmung anzeigepflichtig und isoliert. Erst nach und nach hat man wieder die beiden Krankheitsformen voneinander zu unterscheiden gelernt, und zwar mit einer ziemlichen Sicherheit. Hinzu kommt jetzt das Erlöschen der Epidemie, nur die sporadischen Fälle sind zurückgeblieben, und diese zeigen die alte bekannte Form und keinerlei Anzeichen einer Neigung zur epidemischen Verbreitung. Die Anzeigepflicht einer jeglichen spinalen Kinderlähmung besteht zunächst wohl noch mit Recht, denn da zunächst noch keine unbedingt sicheren Unterscheidungsmerkmale beider Formen uns zur Verfügung stehen, ist auch bei einem sporadisch auftretenden Fall zunächst noch an die Möglichkeit einer kontagiösen Form zu denken. Immerhin glaube ich aus allen seitherigen Beobachtungen dieser Krankheit den Schluß ziehen zu können, daß die sporadisch auftretende Poliomyelitis nicht in dem Sinne als eine Infektionskrankheit zu betrachten ist, daß eine absolut strenge Isolierung und sonstige Absperrungsmaßnahmen unbedingt erforderlich erscheinen, Maßnahmen, die auch jetzt noch, also in einer Zeit, in der die Epidemie erloschen ist, getroffen werden.

Der Gedanke liegt nahe, daß die Krankheitsursachen der Poliomyelitis keine einheitlichen sind, sondern daß gerade die Vorderhörner durch verschiedene Virusarten geschädigt werden können. Dafür sprechen die oben erwähnten Tierversuche, ferner daß in der Tat verschiedene Mikroorganismen im Liquor gefunden werden, ferner die Tatsache, daß die Krankheit das eine Mal zur Epidemie wird, während eine von dieser vielfach verschiedene Form diese Neigung offenbar nicht besitzt. Dabei ist es durchaus nicht völlig ausgeschlossen, daß es sich bei letzterer Form dennoch um infektiöse Einflüsse handeln kann; das infektiöse Agens ist aber nicht kontagiös. Den ev. Einwand, daß es sich dennoch um eine kontagiöse Infektionskrankheit handeln könne, nur fehle, wenn es nicht zur Epidemie komme, eine örtliche, zeitliche oder individuelle Disposition der Umgebung, kann man wohl kaum anerkennen. Abgesehen davon, daß wir überhaupt von diesen Dingen bei manchen Infektionskrankheiten immer noch keine ganz klare Vorstellung haben, sprechen aber auch alle seitherigen Beobachtungen über die sporadische Poliomyelitis direkt gegen ein Kontagium, und wenn wirklich eine Infektionskrankheit vorliegt, brauchen wir dieselbe, genau wie z. B. die Pneumonie und manche Art der Nephritis, bei denen wir auch infektiöse Einflüsse kennen, dennoch nicht für kontagiös zu halten.

Auch in der Neurologie haben wir eine ganze Reihe von Beweisen, daß durch die verschiedensten Ursachen vollkommen gleiche, sogar oft nur

chwer voneinander unterscheidbare Krankheiten rzeugt werden. So kennen wir für die Meningitis ie verschiedenen Mikroorganismen als ursächches Moment. Dieselben vermögen klinisch einnder ganz ähnliche Krankheitsbilder zu erzeugen. nsere Erkenntnis ist hierbei aber so vorgeschriten, daß schon aus klinischen Merkmalen eine Unrscheidung leichter möglich ist. Bei der Menintis gehen wir überhaupt nicht so weit, hinter dem Fall ohne weiteres die epidemische Form zu ermuten, wir diagnostizieren dieselbe erst dann, enn eben besondere Merkmale uns darauf hineisen. Auch z. B. bei der Neuritis kennen wir cht nur verschiedene Ursachen, sondern auch geissermaßen verschiedene Erscheinungsformen der rankheit. So wissen wir ferner, daß der Herpes iufig oder sogar in der Regel auf einer infektiösen urzelerkrankung beruht, ohne daß wir bis jetzt issen, auf welche Weise die Infektion zustande ommt, noch viel weniger kennen wir das Virus. ir müssen sogar annehmen, daß es sich auch hier n verschiedene Erreger handelt. Besonders teressant ist in dieser Beziehung das Quinckehe Ödem, das durchaus nicht immer eine harmse Krankheit ist, sondern sogar, wenn die Glottis troffen wird, zum Tode führen kann. (Beobachngen von Osler, Griffith, Sträußler a.) Das angioneurotische Ödem, das sich uns imer in derselben Erscheinungsform bietet, kann nächst auf einer vererbbaren krankhaften Anlage s Sympathikus beruhen, ferner kann es durch estinale Intoxikation und außerdem durch bakrielle Toxine bzw. durch Infektion hervorgerufen erden. Merkwürdigerweise besteht sogar eine oße Ähnlichkeit dieser Krankheit mit der Polioelitis, insofern als schon epidemische Verbreig derselben beobachtet worden ist, z. B. in Nierschlesien (Loewenheim). Je nach der ankheitsursache wird also bei dieser Krankheit ser Handeln ein verschiedenes sein. Es wird uns cht einfallen, jeden Fall von Quinckeschem Ödem eine kontagiöse Krankheit zu halten, selbst nn nicht immer, wenn wir zu der Überzeugung kommen sind, daß ein Bakterientoxin die Urche ist. Wir müssen in jedem Fall erst das urchliche Moment festzustellen suchen und danach ser Handeln einrichten, das bei intestinalen Urchen manchmal verhältnismäßig einfach, bei bakiell-toxischen entsprechend schwieriger sich gelten wird, während wir bei der ererbten Anlage nächst noch machtlos sind.

Es ließen sich ähnliche Tatsachen noch an anden Beispielen demonstrieren. Das aber kann ruhig sgesprochen werden: So gut wie bei dem Quinckeschen Ödem der Sympathikus durch die verschiedensten Ursachen geschädigt werden kann, und zwar so, daß er immer in derselben Weise reagiert, ebenso können auch einzelne d. h. bestimmte Systeme des Rückenmarks, hier also die Vorderhörner durch verschiedene Schädlichkeiten getroffen werden und jedesmal zu denselben oder ähnlichen Krankheitserscheinungen führen. Diese Schädlichkeiten könnten das eine Mal Bakterientoxine darstellen, das andere Mal etwa auf einer intestinalen oder sonstwie entstandenen Intoxikation beruhen.

Unser Bestreben muß sein, komplexe Krankheitsbilder, nachdem ihre durch verschiedene Ursachen hervorgerufenen klinischen Unterscheidungsmerkmale erkannt sind, entsprechend zu zergliedern, um auf Grund der Auseinanderhaltung ihrer ursächlichen Momente eine kausale Therapie zu finden. Schon von selbst wird uns dann bei diesem Verfahren die Erkenntnis zufallen, ob und inwieweit die infektiöse Abart einer bestimmten Krankheit übertragbar ist. Wenn, wie es jetzt, da eine Epidemie nicht besteht, noch geschieht, jeder Fall von Poliomyelitis für hochgradig infektiös bzw. kontagiös erklärt wird, so ist das sicher nicht richtig, da die an ihren Symptomen kenntliche sporadische Poliomyelitis in der Tat diese gefährlichen Eigenschaften nicht besitzt, wie reichliche Erfahrungen gezeigt haben. Damit soll nicht gesagt sein, daß jegliche Vorsicht außer acht zu lassen wäre. Aber wenn es schon möglich war, daß die Poliomyelitis 70 Jahre lang beobachtet wurde, ohne daß eine Epidemie zustande kam, so ist damt der sichere Beweis geliefert, daß es eine bestimmte Form der Krankheit geben muß, die überhaupt nicht oder wenigstens doch in so geringem Grade ansteckend ist, daß diese Eigenschaft den Ärzten 70 Jahre lang verborgen bleiben konnte.

Anders freilich verhält sich die Sache, wenn eine Epidemie besteht, oder wenn gleichzeitig Fälle beobachtet werden, die den Verdacht der epidemischen Form erwecken, vor allem meningitische Symptome oder Beteiligung der Hirnnerven zeigen oder gar unter dem Bilde der Landryschen Paralyse rasch tödlich enden. Dann müssen natürlich die strengsten Isolier- und Absperrungsmaßregeln Platz greifen, denn die Übergänge der klinischen Krankheitsbilder werden dann so fließend, daß oft sichere Unterscheidungsmerkmale nicht aufzufinden sein dürften. In Epidemiezeiten muß im Interesse der Allgemeinheit der Begriff der sporadischen Form völlig verschwinden. Zu Zeiten aber, in denen wie jetzt und wie früher nur sporadische Fälle zur Beobachtung kommen, ist es nötig, daß



wir einen Teil der durch die Schrecken der Epidemie erzeugten Reflexbewegungen unterdrücken und nicht in jedem Fall von Poliomyelitis anterior eine hochgradig kontagiöse Infektionskrankheit erblicken. Inwieweit Anzeigepflicht und Absperrungsmaßregeln auch bei diesen Fällen noch weiter bestehen sollen, mögen die zuständigen Instanz entscheiden, vom rein wissenschaftlichen Stan punkt aus müssen aber die beiden Formen d Krankheit streng unterschieden und nicht, wie d z. T. auch in neueren Lehrbüchern geschieht, ide tifiziert werden.

Bemerkungen zu den Rehmschen Vorschlägen.

Von Dr. **Ulrich Vollrath**, Teupitz (Kreis Teltow).

Rehm hat in der Münch. med. Wochenschr. Nr. 21 vom 21. Mai 1920 unter der Überschrift „Ärztliche Organisation der Irrenanstalt" Vorschläge veröffentlicht, die recht beachtenswert sind. So ist vor allem der Gedanke, auch dem Direktor eine Krankenabteilung zuzuweisen, als glücklich zu bezeichnen, wenn nur die Gewähr besteht, daß der Direktor nun auch wirklich und nicht nur dem Namen nach die Abteilung ärztlich versorgt und ferner der von Rehm vorgesehene Assistenzarzt nicht nur zum Schreiber herabgewürdigt wird. Diese Gefahr — die ja auch im praktischen Jahre nicht immer ausgeschaltet ist —, wird durch Erfahrungen nahegerückt, nach denen ältere Oberärzte in Überschätzung der (gewiß nicht unwichtigen) Verwaltungsarbeit die eigentliche Abteilungstätigkeit als „Assistenzarzttätigkeit" herabsetzen.

Ob die Entlastung des Direktors nach den Rehmschen Vorschlägen durchzuführen und zweckmäßig ist, bedarf noch der Erörterung und Klärung. Bei dieser Gelegenheit wäre auch eine Untersuchung über die Stellung des „ersten Oberarztes und stellvertretenden Direktors" notwendig, eine Stellung, die, für alle Beteiligten höchst unglücklich, reformbedürftig ist, und deren Beibehaltung bis jetzt sich nur aus der besonderen psychiatrischen „Mentalität" verstehen läßt. In keinem anderen Betriebe oder keiner anderen Verwaltung gibt es dementsprechend ein ähnliches; man vergleiche damit einmal die Handhabung der Vertretung eines Gymnasialdirektors oder eines Landgerichtpräsidenten usw.

Die Entwicklung schreitet meiner Überzeugung nach dahin, daß an die Stelle des Einzeldirektors ein Verwaltungskollegium tritt, wie man es in den größeren städtischen Krankenhäusern hat, wo es aus zwei Ärzten (meist dem Chirurgen und dem Internisten) und dem Verwaltungsdirektor gebildet wird.[1]) Damit wird auch dem Bestreben der Betriebsbeamten, zu leitenden Stellen aufzusteig Rechnung getragen und ihren weitergehenden N gungen, die — doch unbedingt notwendige — ärz liche Leitung ganz auszuschalten, die Spitze a gebrochen. Zweckmäßig wären Erfahrungen, w sich diese Einrichtung in den Krankenhäusern b währt hat, einzuholen. Bei der Durchführung d ser Umgliederung der Leitung oder jener gem den Rehmschen Vorschlägen wird ja letzt Endes die Geldfrage die Entscheidung haben. N türlich kann man die Verhältnisse bei Krankenhä sern nicht ohne weiteres auf die Irrenanstalt übertragen, wo die Kranken nicht nur wie d Objekt, sondern viel mehr noch Subjekt des B triebes sind.

Auch die Rehmschen Vorschläge krank daran, daß sie vom Standpunkte der älteren Irr ärzte unter einseitiger Berücksichtigung ihres V hältnisses zum Direktor geschrieben sind und nic genügend auf die jüngeren Ärzte an den Anstalt Rücksicht nehmen. Bei diesen besteht ebenso Gefahr der Überalterung. Wenn schon die älter Oberärzte nicht weiterkommen, so die jünger Oberärzte und älteren Anstaltsärzte erst re nicht, und gerade für sie, die noch im besten, sch fensfreudigsten Alter stehen, wäre eine möglic große Selbständigkeit erforderlich. Bezeichne dafür, daß Rehm an diese Ärzte nicht geda hat, scheint mir sein Vorschlag zu sein, ein „leitenden Arzte" eine Beobachtungsabteilung gerichtliche Fälle zu übertragen. Abgesehen von, ob es richtig ist, diese Fälle zusammen halten und sie nicht durch Trennung auf die e zelnen Abteilungen zu verdünnen, wird dadur den jüngeren Ärzten ein Material vorenthalten, dem sie viel lernen und sich schulen können. W um ein Sonderrecht für die älteren Ärzte schaff und nicht alle Ärzte, meinetwegen nach einer g wissen Einarbeitungszeit, gleichmäßig berücksic tigen?

Wenn Rehm von der Durchführung sein Vorschläge die Erreichung einer wesentlich höh

[1]) Im Berliner Virchowkrankenhause ist sogar der Verwaltungsdirektor Arzt.



n wissenschaftlichen Stufe der Irrenanstalten erartet, so glaube ich, ist er darin zu optimistisch. ie Begründung dieser Überzeugung hoffe ich demichst ausführlicher mitteilen zu können. Das hindert aber nicht, die Rehm schen Vorschläge, von den kleinen Ausstellungen abgesehen, als auf dem Wege zu einer besseren Stellung der Irrenärzte im Anstaltsdienste liegend anzusehen.

Mitteilungen.

— **Reichsverband.** Die Einzelverbände werden um itteilung gebeten, ob bzw. wie bei der Besoldung anerechnet wurden bzw. jetzt werden: I. Wohnung. II. eizung und Beleuchtung. III. Gartennutzung. IV. Entihme von Arzneimitteln aus der Anstaltsapotheke. V. enutzung des Anstaltsfuhrwerks. VI. Inanspruchnahme on Anstaltskräften einschließlich der Kranken (Gartenute, Hauskranke). Wurden bzw. werden auch jetzt och derartige oder andere Vergünstigungen ohne Entelt gewährt oder gegen Entrichtung einer Pauschalımme bezw. wie hoch werden sie in Anrechnung geracht. I. A.: Hussels, Schriftführer.

In dem Bericht über die Versammlung des Reichserbandes (Nr. 11-12) muß es auf S. 97 heißen: Zuletzt urde bei der Ergänzungswahl des Vorstandes des Deutchen Vereins für Psychiatrie der Vorsitzende es Reichsverbandes hinzugewählt mit der usw.

Unter Mitteilungen auf Seite 98 muß es unter III ı Zeile 13 heißen: Gruppe 9 (statt Gruppe 10).

— **Verband der Ärzte Hessischer Heil- und Pflegenstalten.** Am 12. Dezember 1919 wurde in Frankfurt er Verband der Ärzte hessischer Heil- und Pflegeantalten gegründet. Zweck des Verbandes ist Förderung er idealen und wirtschaftlichen Interessen seiner Mitlieder, sowie Beeinflussung der Gestaltung des hessichen Irrenwesens. Der Verband ist dem Reichsverband eutscher Irrenärzte, dem hessischen und dem deutchen Beamtenbund, ferner den Landes- und Reichsorgaisationen akademisch gebildeter Beamter angeschlosen. Der Mitgliederbestand beträgt zurzeit 26. Bei der m 8. Mai 1920 in Darmstadt abgehaltenen Hauptverammlung wurde ein Bericht über die seitherige Tätigeit des Verbandes erstattet, sowie eine Reihe von irtschaftlichen und Standesfragen behandelt. Zum Vorrt des Verbandes wurde die Anstalt Philippshospital ei Goddelau gewählt, der Gesamtvorstand setzt sich us dem geschäftsführenden Vorstand (I. Vors. Dir. Dr. chneider, II. Vors. Oberarzt Dr. Dannenberger, Schriftihrer und Rechner Ass.-Arzt Dr. Roese, alle in Goddeau) und je einem Vertrauensmann der drei anderen hesischen Anstalten (Dir. Dr. Oßwald, Gießen, Oberarzt r. Werner, Heppenheim, und Oberarzt Dr. Schmeel, lzey) zusammen.

— **Verein der Ärzte an den sächsischen Landesanstalten** (Freistaat). Die diesjährige Jahresversammlung and rücksichtlich der Hamburger Tagung des RV. am 8. Juni in Dresden statt. Sie war von allen Anstalten eschickt; im übrigen durch ungünstige Zeitverhältnisse icht so zahlreich, wie wünschenswert gewesen wäre. lls Vertreter des Ministeriums wohnte ihr der Medizinalreferent, Geh. Med.-Rat. Dr. Hösel, bei. Als besondere Ergebnisse sind zu berichten:

1. Der Vorstand wurde wiedergewählt. Vorsitzender: Med.-Rat Seist, Hochweitzschen. Als geschäftsführender Ausschußvertreter für den RV. wurde Maaß bestätigt.

2. Um korporativen Anschluß an den sächsischen Beamtenbund (B. S. S.) zu erhalten, wurde Künzel beauftragt, in entsprechende Verhandlungen mit dem Verein höherer sächsischer Staatsbeamter einzutreten (V. S. h. S.). Wenn diese im geforderten Sinne zum Abschluß kommen, wird der Verein geschlossen dem V. S. h. S. beitreten. Anschließend kam die in Sachsen besonders mißliche Solidarität der höheren Beamten in wirtschaftlichen Fragen zur Sprache.

3. Die Ortsgruppe Dresden der dortigen Heil- und Pflegeanstalt wird auf Antrag in allen RV.-Angelegenheiten — aber auch nur in diesen und unter Wahrung der sonstigen gegenseitigen Selbständigkeit — durch den sächsischen Verein mitvertreten werden. Das gleiche gilt für die Direktoren der Anstalten in Chemnitz und Plauen. Der sächsische Verein vertritt somit beim RV. 72 Mitglieder.

4. Über die bisherige Entwicklung des RV. wurde unter Verteilung eines Merkblattes ausführlich berichtet; dieses wurde auch der zuständigen Ministerialabteilung zugesandt. Die Versammlung sprach volle Solidarität mit den RL. für die Besoldung aus. Mit der Beratung der RL. über zeitgemäße Gestaltung der Dienstverhältnisse usw. soll baldigst begonnen werden. Auf ihre Wichtigkeit wurde besonders hingewiesen. Zwecks Vorschläge über eine zeitgemäße Regelung der Gutachtertätigkeit, welche bisher durch Gesetz in besonders schwieriger Weise festgelegt ist, wurde eine Kommission, unter Führung des Direktors Nitsche, Dösen, ernannt.

Die sonstige Aussprache betraf Punkte lokaleren Interesses. Maaß, Dösen.

— Dem „Jahresbericht der **Kuranstalt ‚Parkhof'** für Nerven- und Gemütskranke in Rinteln über das Jahr 1919" (Besitzer und leitende Ärzte: Dr. Adolf Hoppe und Dr. Fritz Stern) entnehmen wir folgendes:

Am 1. Juli 1913 war dem damaligen Besitzer des Sanatoriums Parkhof, Herrn Dr. Lehne, der unterzeichnete Dr. Hoppe als Mitinhaber beigetreten. Der Zweck der Assoziierung, den Betrieb wesentlich zu erweitern und namentlich für leichtere Kranke (Nervenkranke und freiwillige Pensionäre) ein völlig abgetrenntes Haus zu schaffen, wurde durch Ankauf des benachbarten, nur durch die Straße getrennten ehem. Münch-



hausenschen Anwesens („Burghof") verwirklicht. Das Haus war eben, seinen neuen Zwecken entsprechend, eingerichtet und mit Patienten belegt, als der Krieg ausbrach und Dr. Hoppe als Marinestabsarzt ins Feld rief. So ruhte während des Krieges die ganze Last des Betriebes auf den Schultern des Herrn Dr. Lehne, vermehrt noch dadurch, daß auch die übrigen Ärzte der Stadt mit Ausnahme des Kreisarztes eingezogen wurden, so daß auch für die Zivilbevölkerung nur zwei Ärzte zur Verfügung standen; im Beginn der Kriegszeit diente auch noch ein Teil des Sanatoriums als Vereinslazarett. Die Schwierigkeiten der Ernährung bedingten es bald, daß dem Sanatorium ein umfänglicher landwirtschaftlicher Betrieb angegliedert werden mußte, um den Insassen des Hauses die Vorteile der Selbstversorgung zu sichern. Herr Sanitätsrat Dr. Lehne ist allen diesen Aufgaben mit seiner großen Arbeitskraft gerecht geworden, im inneren Betrieb des Hauses vortrefflich unterstützt von seiner Frau Gemahlin, die zeitweilig die Stelle der Oberin vertrat. Beiden sei auch an dieser Stelle der Dank unseres Hauses ausgesprochen.

Am 16. Dezember 1918 kehrte Dr. Hoppe, der die letzten Jahre zur Klinik des Herrn Professor Dr. Aschaffenburg nach Köln kommandiert gewesen war, aus dem Militärverhältnis zurück. Herr Dr. Lehne, der zudem zu Weihnachten von einem schweren Influenzaanfalle betroffen wurde, verspürte aber jetzt das Bedürfnis nach Ruhe und gab seine Absicht kund, sich von den Geschäften zurückzuziehen. Als sein Nachfolger trat am 1. Juli 1919 Dr. Fritz Stern ein, der von 1915 bis 1918 an der Edelschen Anstalt für Gemüts- und Nervenleiden in Charlottenburg und seitdem am Krankenhause Friedrichshain in Berlin tätig gewesen war. Seit dem genannten Tage wird das Haus unter dem Namen: „Kuranstalt Parkhof, Dr. Adolf Hoppe und Dr. Fritz Stern" weitergeführt.

Mit der Wiederkehr friedlicher Verhältnisse (auch die Stürme der Revolution wurden hier kaum bemerkt) trat ein sehr erfreulicher Aufschwung in der Krankenbewegung ein. Hatte während der Kriegszeit die durchschnittliche Belegung zwischen 20 bis 30 Patienten, die Zahl der Aufnahmen zwischen 50 bis 60 Patienten jährlich geschwankt, so wurde im Laufe des letzten Jahres verschiedene Male der Bestand von 40 Kranken überschritten, die Zahl der Aufnahmen betrug 99 gegen 60 im Jahre 1918; die Zahl der Verpflegungstage stieg entsprechend von 8080 auf 11 306. Das Jahr, welches wir mit einem Bestande von 21 Kranken eröffnet hatten, schlossen wir mit einem solchen von 31 ab. Die höchste Zahl der Aufnahmen war 14 im Juni, die niedrigste 2 im November, der Zeit der großen Verkehrssperre, doch wurde schon im Dezember der Durchschnitt wieder erreicht.

Die weitgehende Trennung der leichten und schweren Kranken bewährte sich auch fernerhin. Wenn man auch hier stets bemüht gewesen war, die freie Behandlung der Kranken durchzuführen, so erwies es sich doch als sehr angenehm, daß empfindliche Kranke mit den eigentlich psychiatrischen Abteilungen gar nicht in Berührung zu kommen brauchten, so wenig wir verkennen, daß „der schreckliche Anblick von Geisteskranken" wenigstens in einer modernen Anstalt, zum guten Teil nur ein Phantasieprodukt ist. Gitter, Mauern und ähnliche gefängnisartige Sicherungen waren ja überhaupt niemals in der Anstalt vorhanden gewesen.

In der Versorgung der Abteilungen mit dem nötigen Wartepersonal ergaben sich durch die Einführung des Achtstundentages allerlei Anstände. Wir haben sie dadurch behoben, daß wir allgemein die einzelnen Abteilungen je einer Rotekreuz-Schwester (aus dem Mutterhause in Kassel) unter der Oberaufsicht einer bewährten Oberschwester unterstellten, denen für die gröberen Arbeiten Pflegerinnen beigegeben wurden. Auch auf der Herrenabteilung haben wir diese Einrichtung durchgeführt, nur die Nachtwache besorgt noch ein Pfleger. Wir sind bisher mit dieser Maßnahme sehr zufrieden, der ganze Ton auf den Abteilungen hat sich unverkennbar gehoben, und die Kranken empfinden es dankbar, daß für ihre Anliegen eine Pflegperson zu Gebote steht, die ihren eigenen Kreisen entstammt.

Die Ernährung der Kranken ist das Kapitel, das jedem Anstaltsleiter zurzeit die meisten Kopfschmerzen bereitet. Die Hoffnung, daß nach dem Waffenstillstand durch die Einfuhr ausländischer Nahrungsmittel unsere Lebenshaltung wesentlich erleichtert werden würde, ist bekanntlich gründlich enttäuscht worden, und wenn auf dem Inlandsmarkte z. B. Fische wieder leichter erreichbar wurden, so schrumpfte dafür die offizielle Fleischration zu geradezu homöopathischen Dosen zusammen. Wenn wir trotzdem unsere Patienten reichlich und abwechslungsvoll ernähren konnten, und z. B. in der Rekonvaleszenz an Psychosen Gewichtszunahmen erzielten, die hinter den im Frieden gewohnten nicht zurückstanden, so danken wir das dem Umstande, daß wir zum guten Teil aus eigener Wirtschaft schöpfen konnten und von den auf Marken gelieferten Mitteln mehr und mehr unabhängig wurden. Wir werden natürlich auf diese Vorteile der eigenen Wirtschaft erst wieder verzichten, wenn die Marktverhältnisse normal geworden sind.

Auch die sonstigen bekannten Mängel der öffentlichen Versorgung konnten wir einigermaßen parieren, wie diese ja überhaupt in kleineren Orten nicht so hervortreten wie in den Großstädten. Mit Kohlen und Koks gelang es uns, uns rechtzeitig und genügend einzudecken, und als das Elektrizitätswerk den Strom auf bestimmte Entnahmestunden beschränkte, stellten wir ihn für die Sperrstunden mit eigener Maschine her. Dagegen sahen wir uns, dem Vorgange anderer Sanatorien folgend, genötigt, darauf zu dringen, daß die Patienten eigene Bettwäsche mitbringen oder einen entsprechenden Zuschlag zu den Verpflegungskosten zahlen. Der starke Verschleiß, verbunden mit den Schwierigkeiten der Neubeschaffung, nötigten uns zu dieser Maßregel, zumal es ja in die Hand jedes Patienten oder seiner Angehörigen gegeben ist, die durch sie gesetzte Verteuerung zu vermeiden.

In der Therapie haben wir uns — außer den allgemein angewandten Mitteln, Bettruhe, Bäder, Beruhigungs-



mittel, bei geeigneten Kranken Beschäftigung in Garten und Wirtschaft — in vielen Fällen zu einem mehr aktiven Verfahren entschlossen und damit oftmals gute Erfolge erreicht. Natürlich ist es bei einem Leiden, das sowieso zu Remissionen neigt, wie die progressive Paralyse, schwer zu sagen, ob nun die Besserung auf die eingeleitete Salvarsankur erfolgt ist oder auch sonst eingetreten wäre. Einen sehr eindeutigen Erfolg erzielten wir aber durch Salvarsaninjektionen in einem Falle von multipler Sklerose. Der Kranke, der bei der Aufnahme fast den Eindruck eines fortgeschrittenen Paralytikers machte, besserte sich auffällig und war wieder imstande, seinen Dienst aufzunehmen. Das Wichtigste für die große Zahl der funktionellen Neurosen und auch vieler Psychosen bleibt trotzdem immer die psychische und pädagogische Beeinflussung. Daß wir von dieser „Psychotherapie" in allen Formen reichlichsten Gebrauch gemacht haben, ist eine Selbstverständlichkeit. Wir werden uns ihrer auch künftig in vollem Umfange bedienen, ohne uns auf ein bestimmtes System, heiße es nun Suggestion, Persuasion oder Psychoanalyse, festzulegen.

Die mit dem Sanatorium seit 1914 verbundene Anstalt für medizinische Bäder gestalteten wir zu einem Ambulatorium für elektrische, Licht- und Hydrotherapie" aus und machten es nicht nur unseren Patienten, sondern auch der Bevölkerung der Stadt und der Umgebung zugänglich. Vielfach wurden uns auch Patienten von befreundeten Kollegen zugewiesen. Der Kreis der behandelten Fälle erstreckte sich einmal auf Neurosen aller Art (auch Reste von Kriegsschädigungen), organische Leiden der nervösen Zentralorgane und des peripheren Systems, und schließlich auch rein somatische Fälle. Besonders die zwei vorhandenen „künstlichen Höhensonnen" wurden reichlich in Anspruch genommen; sehr gute Erfolge sahen wir von ihr bei Anämien mit nervösen Symptomen und Tuberkulosen aller Art, vornehmlich bei Kindern. Wir hoffen, falls das Institut in gleichem Maße fürderhin in Anspruch genommen wird, den Betrieb noch erweitern zu können, und rechnen dabei auf den Zuspruch namentlich auch aus den benachbarten, sich schnell entwickelnden kleinen Bädern und Sommerfrischen.

Bei den Verpflegungskosten sahen wir uns leider gezwungen, der allgemeinen Verteuerung Rechnung zu tragen und mit unseren Preisen entsprechend in die Höhe zu gehen. Der Absicht des Begründers gemäß, eine Anstalt für Kranke des bessersituierten Mittelstandes zu bieten, war der Pensionspreis vor dem Kriege auf 200 bis 300 M monatlich festgesetzt worden, und auch während der Kriegszeit war Herr Dr. Lehne den steigenden Preisen aller Bedarfsartikel nur sehr zögernd gefolgt. Nachdem aber seit dem Waffenstillstand die Teuerung nur noch zugenommen hat, mußten wir, um nicht dauernd mit ausgesprochenem Verlust zu arbeiten, die monatlichen Kosten einschließlich der ärztlichen Behandlung bei normalen Ansprüchen auf 500 bis 600 M, durchschnittlich 550 M festsetzen, eine Summe, die allerdings zu der gesunkenen Kaufkraft unseres Geldes noch in gar keinem Verhältnis steht. Für das kommende Jahr sehen wir uns unter dem Drucke der neuen Steuern, der allgemeinen Lohnerhöhung und der steigenden Lebensmittelpreise genötigt, den Mindestsatz auf 600 M festzusetzen. Hoffentlich bleibt es uns erspart, zu diesen Preisen noch Teurungszuschläge erheben zu müssen.

An wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlichte im Laufe des Jahres der mitunterzeichnete Dr. Hoppe: Militärischer Ungehorsam aus religiöser Überzeugung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 45 S. 393. — Die Krankheit Kaiser Wilhelms II. Kritische Bemerkungen. Psych.-neurol. Wochenschr. 1919-20 S. 5. — Wahn und Glaube. Eine religionsphilosophische und psychiatrische Studie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 51 S. 124. — Zur logischen Grundlegung der Psychopathologie. Ebenda S. 376. — Außerdem hielt er am 26. Oktober in Halle a. S. einen Vortrag über „Erkenntnistheoretische Fragen in der Psychopathologie".

Für die Zunkunft ist es natürlich schwer, bei den gegenwärtigen unsicheren Zeiten weitgehende Pläne zu entwerfen. Wir beabsichtigen einmal, unsere Untersuchungsräume und Laboratorien erheblich zu erweitern und sie namentlich auch für psychologische Untersuchungen einzurichten. Sodann warten zahlreiche Wiederherstellungsarbeiten, die im Kriege aus Mangel an Personal und Material nicht ausgeführt werden konnten. Durch sorgfältigen Ausbau aller Heilmethoden werden wir bestrebt sein, wissenschaftlich auf der Höhe zu bleiben, und darüber hinaus unsern Patienten ein wohl eingerichtetes und gemütliches Heim zu bieten.

Buchbesprechungen.

— Schelven, Th. van, Trauma und Nervensystem. Mit gleichmäßiger Berücksichtigung der Kriegserfahrungen der Ententeländer und der Mittelmächte. 303 S. Berlin 1919, S. Karger.

„Die Kriegserfahrungen haben gelehrt, daß die traumatischen Neurosen sich nicht entwickeln, auch nicht bei Verletzten, wenn die Umstände nicht im allgemeinen günstig sind für die Entstehung einer Neurose, wie es z. B. bei Kriegsgefangenen der Fall ist. Die Symptome der Hirnschädigungen durch Kommotionen, Kontusionen, Explosionen und Intoxikationen sind nicht identisch mit den Symptomen der Neurosen. Man muß also zu dem Schluß kommen, daß die traumatischen Neurosen kein selbständiges Krankheitsbild sind und wie alle nichttraumatischen Neurosen auf psychogenem Wege entstehen" (S. 241). Sehr lesenswerte Arbeit. B.

Wirtschaftliches.

— **Hilfsmaschinen zur Nahrungs- und Futtermittelgewinnung und Verarbeitung in gewerblicher und hauswirtschaftlicher Beleuchtung.** Überall sucht man jetzt Nahrungs- und Futtermittel auf das vorteilhafteste auszunützen und dadurch den Bedürfnissen des Großbedarfs gerecht zu werden. In großem Maße wurden eigens zu diesem Zwecke industrielle Betriebe für die Erschließung der Nahrungs- und Futtermittel umgestaltet.

Die erste Stelle unter den Hilfsmaschinen im Dienste der Kartoffel-, Rüben- und Gemüsezubereitung, ebenso deren Trocknung und Konservierung nehmen wohl die

Rekort-Schnitzel- (Abb. 1) und Schälmaschinen ein, welche von der Firma Louis Paul & Co., Radebeul, hergestellt werden und sich schon in den gesegneten Friedensjahren mit rein küchenwirtschaftlicher Verwendung einen guten Namen gemacht hatten. Diese Maschinen eignen sich für Kartoffeln, Rüben, fast alle Sorten Gemüse und andere Feldfrüchte, ebenso für Obst. Da sind zunächst verschiedene Arten von Kartoffelschälmaschinen, so die Systeme „Taifun" (Abb. 2), „Saxonia" und „Rapid", bei welchen Stundenleistungen von 1 bis 25

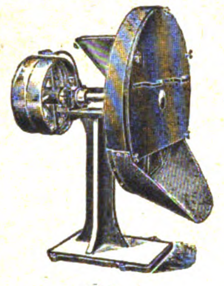


Abb. 1



Abb. 2

Zentner geboten werden. Namentlich die „Taifun"-Kartoffel- und Rübenschälmaschinen sind konstruktiv mit neuen Verbesserungen ausgestattet und bilden die denkbar beste Schälbasis für den Großbedarf. Die Maschinen arbeiten äußerst sparsam, rasch, sauber und zuverlässig. Das Kartoffelmehl und die Schalenabgänge entleeren sich selbsttätig durch die Wasserspritzvorrichtung in den unter der Maschine stehenden überaus praktischen zweiteiligen Sammelauffänger. Der mit dem Schälwasser durchtränkte Schalenabfall ist für Mastfutter sehr beliebt. Vergleichsweise sind die Ergebnisse beim Handschälen interessant, die bei den von Geheimrat Delbrück vorgenommenen Schälversuchen zwischen 17,8 v. H., wenn sehr sorgfältig geschält wurde, und 35 v. H. beim schnellen Schälen festgestellt wurden. Durch ungezählte Gutachten wird bewiesen, daß die Paulschen Maschinen um ein Vielfaches sparsamer schälen. Die Verwendung solcher Maschinen hat sich geradezu zu einer küchenwirtschaftlichen Notwendigkeit herausgebildet. Während die Schälmaschinen „Taifun" und „Saxonia", welche mit angebautem Elektromotor oder mit Riemenscheiben für Kraftbetrieb noch vorteilhafter arbeiten als Handmaschinen, mehr für den Großbetrieb bestimmt sind, soll die Schälmaschine „Rapid" und die kleinste Taifun-Maschine allen jenen mittleren Wirtschaftsbetrieben gerecht werden, deren Schälbedarf 100 Pfund je Stunde nicht übersteigt. Neuerdings werden die hier beschriebenen Schälmaschinen auch zur Marmeladeherstellung verwendet, soweit Rüben zur Streckung herangezogen und rationell verarbeitet werden müssen. Auch die Paulko-Dämpfapparate haben ihre Nützlichkeit im Dienste der Nahrungsmittelverwertung glänzend bewiesen.

Von großer Wichtigkeit für die Trocknung und Konservierung der Nahrungs- und Futtermittel sind die Schnitzel- und Schneidemaschinen, welche von vorgenannter Firma bis zu 50 Ztr. Stundenleistung geliefert werden (Abb. 3). Mit ihrer Hilfe kann man Gemüse aller Art, Kartoffeln, Rüben und sonstige Knollenfrüchte rest-

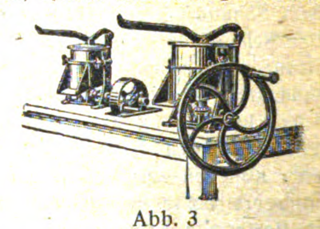
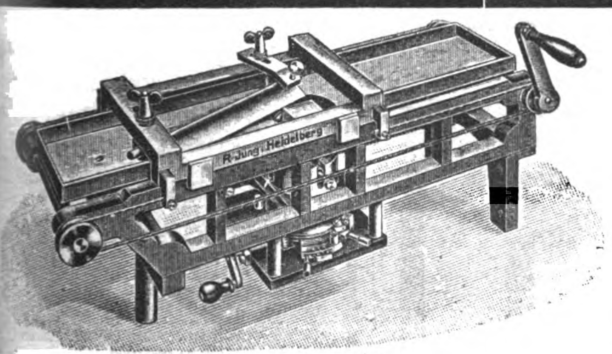


Abb. 3

los bis zum letzten Stückchen schneiden oder schnitzeln. Sie sind zur besseren Ausnutzung der Lebensmittel von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Sehr viel zur Erleichterung der Arbeitsweise tragen die Kartoffel- und Gemüsewaschmaschinen, ebenso zur Marmeladeherstellung auch die Obst- und Rübenmark-Passiermaschinen bei. Letztere werden aber auch zum Durchpassieren

von Suppen, Kartoffelmassen und für andere küchenwirtschaftliche Bedürfnisse aufs vorteilhafteste verwendet, während die Wäschen im Großbetriebe zur Ergänzung der Schälmaschinen ihre Unentbehrlichkeit bewiesen haben. Neben diesen Maschinen haben die technischen Hilfsmittel des Großküchenbedarfes während der Kriegszeit an Bedeutung gewonnen. Ohne küchenwirtschaftliche Maschinen können keine Massenleistungen und nur eine unvollkommene, niemals rationelle Arbeitsweise erzielt werden. Und wo heute zur rationellen Erschließung und Verwertung aller landwirtschaftlichen Produkte Trocknereien angelegt werden, da sind auch wieder leistungsfähige Wasch-, Schäl- und Schnitzelmaschinen in ihren größten Ausmessungen unentbehrliche Helfer, denn es muß heute mit der menschlichen Arbeitskraft gespart, kurz, so vorteilhaft wie möglich gearbeitet werden. Für Krankenhäuser z. B. bewährt sich der Geschirrspül-, Desinfizier- und Trockenapparat, mit dessen Hilfe das Eß- und Trinkgeschirr gespült, desinfiziert und abgetrocknet werden kann, besonders vorteilhaft. Die Firma Louis Paul & Co. führt auch ganze maschinelle Kücheneinrichtungen nach modernen Gesichtspunkten, umfassend die wichtigeren Hilfsmaschinen für den Großküchenbedarf aus. Derartige Küchen enthalten unter anderem eine Kartoffelschälmaschine mit Schalenauffänger, Brotschneidemaschine, Aufschnittmaschine,





Fleischhackmaschine, Kaffeemühle, Universal-Reibe- und Schneidemaschine, Messerputzmaschine mit geräuschloser Schneckenradübersetzung und eine Passiermaschine. Diese oder ähnliche Maschinengruppen haben gemeinschaftlichen Antrieb durch den im Wirtschaftstisch unfall- und betriebssicher eingebauten Elektromotor. Außerdem werden solche Großküchen vielfach noch durch die neueste Paulsche Geschirrspülmaschine mit Transportwagen und Gegengewicht (Abb. 4) ergänzt, weil das maschinelle Aufwaschen die größten Annehmlichkeiten neben wirtschaftlichen und hygienischen Vorteilen verheißt. Durch das bis zum Siedepunkt erhitzte Spülwasser findet nämlich in Verbindung mit einer Sodalösung eine gründliche Desinfektion der Gebrauchsgeschirre statt. So sieht man, daß für die Volks-

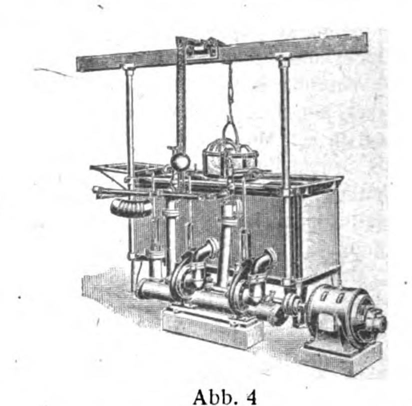


Abb. 4

nährung auch auf maschinentechnischem Gebiete stens vorgesorgt ist. Allgemein wird heute die Mahinenarbeit bevorzugt, durch deren Anwendung ein oßer Teil der volkswirtschaftlichen Aufgaben aufs glänndste gelöst wird.

Personalnachrichten.

— San.-Rat Dr. **Ernst Beyer**, Chefarzt der Nernheilstätte der Rheinischen Landesversicherungsanstalt zu Roderbirken, ist zum Regierungsrat und psychiatrischen Beirat in der Abteilung für Volksgesundheit im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt ernannt worden.

Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schriftleitung resp. den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



veiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 15/16. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Dormiol

Billiges, zuverlässiges Schlafmittel.

Bewährt bei allen Formen der Schlaflosigkeit v. Geistesgesunden sowohl als auch von Geisteskranken.

Dormiol wird auch von **Herzkranken** gut vertragen.

Einlauf bei **Status epilepticus.**

Handelspräparate: Dormiol. solutum 1:1; Dormiol-Kapseln zu 0,5 g Nr. VI.; Dormiol-Kapseln zu 0,5 g Nr. XXV. – Original-Packungen

Ausführliche Literatur durch:

KALLE & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.



Luminal

(Phenyläthylbarbitursäure)

Stark wirkendes Hypnotikum,

auch subkutan anwendbar (in Form des Natriumsalzes)

Bei Epilepsie warm empfohlen.

Dosis: 1) bei leichter Agrypnie durchschnittlich 0,2 g (zuweilen genügt schon 0,1 g),
2) bei schwerer Schlaflosigkeit aller Art mit Erregungen 0,3 bis 0,4 bis 0,5 g,
3) bei Epilepsie: 0,15 bis 0,3 pro die.
Subkutan 0,4 g (Luminal-Natrium).

Rp.: Tabl. Luminal à 0,3 g No. X Originalp.
Rp.: Tabl. Luminal à 0,1 g No. X Originalp.
Rp.: Luminal-Natrium 1,0 Aqu. dest. sterilisat. 4,0
(D. S.: 2 ccm zur subkutanen Injektion).

Beruhigungs- und Einschläferungsmittel bei Schlafstörungen auf nervöser Basis

UREABROMIN

Angezeigt bei: Nervöser Schlaflosigkeit, nervösen Zuständen der Neurastheniker und Hysterischen, bei Herzneurosen, Tachykardie und **bei chronischer und traumatischer Epilepsie.**

Literatur und Proben kostenfrei.

GEHE & CO., A.-G. DRESDEN-N.

Literatur und Proben kostenfrei.

Das VALAMIN

Beruhigungs- und Einschläferungs-Mittel

bei **nervöser Schlaflosigkeit, Herz- u. Gefässneurosen,** u. allen Beschwerden u. Erregungszuständen auf nervöser u. hysterischer Grundlage.

Verordnung:
Valamin-Perlen Originalpackung mehrmals täglich, möglichst anschliessend an das Essen, 1-3 Perlen bezw. abends vor dem Schlafengehen 2-4 Perlen.

DR NEUMANN & CO CHEMISCHE FABRIK BERLIN C. 25
GESELLSCHAFT MIT BESCHRÄNKTER HAFTUNG

J. Steigerwald u. Comp. Heilbronn a. N.

Natürliche Fruchtsäfte gesüßt und ungesüßt.

Für die Limonadenfabrikation:

Essenzen — Grundstoffe — Sirupe

aller Geschmacksrichtungen.

Grundstoffe für alkoholfreie Heißgetränke mit punschähnlichem Geschmack.

Nur erstklassige, preiswerte, überall bewährte Erzeugnisse.

Man verlange ein Angebot Nr. 20.

FABRIK- MARKE



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, San.-Rat Dr. **Delters**, Düren, San.-Rat Dir. Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dir. Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. **Hertlng**, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. **Lehmann**, Hartheck, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. **L. W. Weber**, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Hamburg.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 15/16. 17. Juli **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Erkenntnistheoretische Fragen in der Psychopathologie.

Von Dr. **Adolf Hoppe**, Rinteln, Kuranstalt Parkhof.

Die nachstehenden Zeilen beanspruchen für sich nichts weiter, als ein paar Bemerkungen über die Möglichkeit zu bringen, psychopathologische Fragen unter dem Gesichtswinkel der Erkenntnistheorie zu betrachten, sie wollen bestenfalls einen Arbeitsplan für die Zukunft aufstellen. Ich gebe in ihnen zugleich einen Vortrag wieder, den ich vor kurzem (26. Oktober 1919) in Halle bei der Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen gehalten habe. Die vorgerückte Zeit gebot damals, ihn im letzten Augenblick fast bis zur Zusammenhangslosigkeit zusammenzustreichen und zugleich im Tempo zu überhasten. So hoffe ich, auch meinen Hörern zu dienen, wenn ich jetzt meine Ausführungen in etwas erweitertem Umfange dem Druck übergebe.

Die Erkenntnistheorie steht als Wissenschaft unleugbar im Mittelpunkte der Philosophie; grade dies aber erschwert den Zutritt zu ihr für den Nichtphilosophen entsprechend, und auch, wer von irgendeinem andern Gebiet her sich der Philosophie zuwendet, verspricht sich zunächst erfreulichere Ergebnisse von der Beschäftigung mit anderen ihrer Unterfächer, die dem wirklichen Leben weniger fern liegen als die Theorie der Erkenntnis. Trotzdem dürfte neben der Mathematik und der Religion die Psychiatrie dasjenige Bereich nichtphilosophischer Forschung sein, das in nächster Beziehung zu jener, dem Laien meist als der Gipfel der Denkverstiegenheit anmutenden Wissenschaft steht, ohne daß aber unsere Disziplin es bisher, im Gegensatz zu den beiden anderen, dazu gebracht hätte, jene Beziehungen klar herauszuarbeiten.

Lassen wir hier die Hilfsmittel zur körperlichen Untersuchung Geisteskranker beiseite, so unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß die Beschreibung der abnormen psychischen Zustände letzten Endes ein Teilgebiet der Psychologie bildet. Specht hat das bereits im Namen auszudrücken versucht, wenn er statt der üblichen, ziemlich weitherzig gebrauchten Bezeichnung „Psychopathologie“ umgekehrt von „Pathopsychologie“ redet.[1]) Wenn

[1]) Über den Wert der pathologischen Methode in der Psychologie usw. Zeitschr. f. Pathopsychologie I S. 4 ff.

wir nun aber die Erscheinungen des Seelenlebens überhaupt in normale und abnorme, gesunde und krankhafte teilen, so entsteht alsbald die Frage, ob wir uns bei diesen Einteilungsversuchen noch rein auf dem Gebiet der Psychologie bewegen oder schon Gesichtspunkte hineinziehen müssen, die andern Wissenschaften entlehnt sind.

Gewiß liegt, wenn wir den Begriff „pathologisch" auf irgendwelche psychische Vorgänge anwenden, darin durchaus noch nichts Erkenntnistheoretisches. Alles pathologische Geschehen ist eine Abart des biologischen, das psychopathologische entsprechend des psychologischen, wobei die Frage, wie sich nun Biologie und Psychologie zueinander verhalten, hier füglich außer Betracht bleiben kann.[2]) Als naturwissenschaftlich gerichtete Disziplin kann aber die Psychiatrie ruhig alles Metaphysische, alle Fragen nach dem W e s e n der Seele als für sie gleichgültig ablehnen und darauf bestehen, es nur mit den pathologischen P r o z e s s e n zu tun zu haben; damit aber bliebe sie auf psychologischem Boden. Sobald wir nun aber das Pathologische in diesen Prozessen bestimmen wollen, bekommt die Sache ein anderes Gesicht. Alle Erscheinungen geistiger Erkrankung lassen sich doch nur so umschreiben, daß das Handeln, Fühlen, Denken des Kranken der Situation, dem Benehmen des geistig Gesunden in gleicher Lage nicht entspricht. Auf eine Pathologie der Erkenntnis übertragen bedeutet das, daß zwar auch in ihr das Interesse des Psychiaters zunächst lediglich auf die Vorgänge als solche, ganz abgesehen von ihren Ergebnissen gerichtet ist; sowie der krankhafte Gedankenablauf aber über das bloß Formale, in erster Linie über die Beschleunigung oder Verlangsamung dieses Ablaufs hinausgeht, sind wir trotzdem gezwungen, aus dem Inhalt dieser Gedanken das Pathologische zu bestimmen. Sehen wir dabei von dem ganz seltenen Ereignis ab, daß der Wahn aus irgendwelchen zufälligen, außerhalb der Person des Kranken und seines Denkens gelegenen Ursachen einmal tatsächlich das Wahre trifft, so liegt die Sache so, wie sie J o l l y bereits im Jahre 1893 formuliert hat, daß nämlich Irrtümer in den mannigfaltigsten Formen zu den regelmäßigen und wichtigsten Symptomen geistiger Störung gehören.[3]) Freilich erwartet er das Heil gleich wieder von der Psychologie, wenn er meint, daß viel weniger der Irrtum an sich, als vielmehr die Art seiner Entstehung und das Verhältnis, in welc er zu anderen psychischen Vorgängen trete, die psychiatrische Beurteilung in Betracht kom und wenn er wenige Zeilen später gar Wahnid aus einer irreparablen, zur völligen Verblöd führenden Zerstörung der Gehirnsubstanz „herv gehen" läßt, so zeigt das, daß er geneigt ist Psychologische in sehr materialistischem Si aufzufassen. Dem Einwande, daß „Irrtum" „sich irren" aber gar keine psychologischen griffe sind, entgeht er aber auf keinen Fall. M mag über die Beziehungen zwischen Denken Sein Ansichten huldigen, welchen man will, Frage bleibt, warum die Gedanken der Patien die Wirklichkeit nicht erreichen, unfähig sind, zu meistern oder der Wirklichkeit nicht angep d. h. falsch sind — Formeln, deren sich S c h d e r in seiner Studie über „Wahn und Erkennt bedient.[4]) Jede von ihnen aber führt über die bl Psychologie hinaus.

Für den Mediziner liegt es nahe, in dieser L auf die physiologische oder psychophysische Or nisation des Menschen zurückzugreifen und hier aus den Begriff des Psychopathologischen bestimmen, wie wir das mit dem uns allen gelä gen Satz: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkra heiten" auch wirklich getan haben. Ich will nicht bei den bekannten Schwierigkeiten weilen, die sich ergeben einerseits aus dem V sagen der pathologischen Anatomie bei zahlreic Geistesstörungen, andrerseits dadurch, daß auch wieder Gehirnkrankheiten kennen, die leicht mit allerlei Ausfällen einhergehen, von aber, was wir unter einer allgemeinen, produkti Psychose verstehen, gar nichts zeigen. Wenn nun aber umgekehrt das richtige Denken ein mit dem normalen gleichzusetzen versuchen, raten wir erst recht in allerlei Verlegenheiten; allem ist schon der Begriff „normal" viel zu w fest umrissen, als daß wir an ihm eine sich Handhabe besäßen.

W i n d e l b a n d[5]) hat seinerzeit in einem I delberger Vortrage sehr schön darauf hingewie daß wir das Wort „normal" in einer doppelten deutung verwenden, wie einer „quantitativen" N malität im Sinne des Durchschnittlichen eine „ litativ-teleologische" zur Seite tritt, die die N als das höchste Gesollte auffaßt, so daß der griff hier statt des empirischen Durchschnitts Ideal, die Vernunftidee bezeichnet, wir aber d

[2]) R i c k e r , Grundlinien einer Logik der Physiologie. S. 80. Stuttgart 1912. — Vgl. H o p p e , Zur logischen Grundlage der Psychopathologie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. LI S. 376 ff.

[3]) Über Irrtum und Irrsinn. S. 5 und 6. Berlin 1893.

[4]) S. 51 ff. Berlin 1918.

[5]) Über Norm und Normalität. Monatsschr. f. Psych. Bd. III S. 1 ff.



begrifflich scharf geschiedenen Bedeutungen sich in der Praxis des Lebens mannigfach berühren und durchdringen. Aber auch, wenn wir jede dieser Bedeutungen so rein wie möglich zu erfassen suchen, so wird der Begriff für uns nicht brauchbarer. Der Durchschnitt hängt von der Zahl der Berechnungen ab, die in ihn eingehen, es werden zudem bei ihm eine Masse von Einzelposten zu berücksichtigen sein, die unter sich stark voneinander abweichen und doch als völlig normal zu gelten haben: Persönlichkeiten unterscheiden sich nach Rasse, Alter, Geschlecht, Beruf und Bildung und nichts berechtigt uns, nun irgendeinen Ausgangspunkt als den normalen im absoluten Sinne anzunehmen. Ein Ideal aber spiegelt, sowie es Gestalt annimmt, vollends nur die Gesinnung eines Einzelnen. Wir kennen zudem offenbar geistige Abnormitäten und sogar Defekte, bei denen niemand auch nur entfernt an Geisteskrankheit denkt, z. B. die Farbenblindheit oder den Mangel jeglichen musikalischen Verständnisses, so gut wie andrerseits gewisse Abweichungen eher als Vorzüge denn als Fehler gewertet werden. Mag es vielleicht richtig sein, daß einer genialen Begabung auf einem Gebiete immer Mängel auf anderen gegenüberstehen, so ist es bei einem bescheidenen dichterischen oder malerischen Talent ganz gewiß nicht der Fall, und doch werden wir ein solches schon als „abnorm", als aus dem Durchschnitt herausfallend, bezeichnen; denn die meisten Menschen werden schwachsinnig, wenn sie Verse machen, und kindisch, wenn sie zeichnen. Bedenklich wird die Sache erst werden, wenn nun der Besitzer eines solchen, für den Hausgebrauch ausreichenden Talents versuchen wollte, davon zu leben, und nach den unausbleiblichen Enttäuschungen, anstatt zu einer soliden Tätigkeit zurückzukehren, nunmehr in einem Café Größenwahn seine Zeit verbrächte, gegen die Menschheit verbittert und auf den Tag der Anerkennung lauernd.

Das führt auf die schon früher von Hellpach[6]) vertretene Ansicht, daß das Psychopathologische eigentlich nur vom Standpunkt einer Gemeinschaft aus zu verstehen sei. Geisteskrankheit ist nach ihm entweder Gefahr des Angriffs auf die Gemeinschaft oder Gefahr des Verlustes für die Gemeinschaft, und wenn man das vielleicht noch auf die sozialen Auswirkungen der Psychosen beziehen kann, so wird gleich darauf geistige Erkrankung als „schlechthin gemeinschaftswidrige Abweichung der seelischen Vorgänge vom Typus" definiert. Nun glaube ich allerdings, daß die Gemeinschaft und ihre Kultur das wertvollste Maß für uns darstellt, nach dem wir die geistigen Abnormitäten abgrenzen können, mehr aber auch nicht. Ist der Wahn, wie Gaupp es einmal vortrefflich ausdrückte, „eine singuläre Erscheinung", so kann er auch nur vom Individuum aus, nicht von einer Umwelt irgendwelcher Art her begriffen werden. Damit aber wären wir zu unserm Ausgangspunkt zurückgekehrt.

Nun wird freilich meine Behauptung, daß das Wahnproblem uns über die Psychologie hinausführe, von allen denen bestritten werden, die in der Logik nur einen Teil der Psychologie sehen, eine Meinung, die namentlich von radikal-positivistischer Seite vielfach vertreten worden ist; am krassesten vielleicht von einem österreichischen Gymnasialprofessor Dr. Johann Czerny in Mies, der in einer Programmschrift[7]) das logische Denken so gut wie das falsche ein Naturprodukt, die Logik eine Erfahrungswissenschaft nennt und im Anschluß an Hume meint, die Natur habe den Menschen wie zum Atmen und Empfinden auch zu den höchsten wissenschaftlichen Operationen bestimmt. „Es ist grundfalsch, wenn behauptet wird, daß erst im Urteil die Differenzen in der Erkenntnis der Menschen zutage treten, daß die Begriffe „wahr" und „falsch" nur auf Urteile passen. Wahrheit und Irrtum wurzeln tiefer als in einer Verschiedenheit hinsichtlich der Urteilsfähigkeit. „Wahr" und „falsch" bezeichnet eine Verschiedenheit der Subjekte, und diese liegt schon in den primären und sekundären Erscheinungen, den Empfindungen, Gefühlen und Willensentscheidungen." Da ist, auf unser Problem übertragen, ja durchaus richtig, wenn die Wahnbildung irgendwie mit gewissen Naturprozessen, hier also krankhaften, zusammengebracht, ja, aus einer tief in der Persönlichkeit wurzelnden Anlage verstanden wird; für die Frage aber, woran erkennen wir gewisse Gedankengänge als wahnhaft? geben uns die Sätze des Verfassers gar nichts. Wahrheit ist etwas, das objektiv anerkannt sein will, sie ins Subjekt zurückzunehmen, heißt ihre Eigenart zerstören. Das tut auch Kleinpeter,[8]) wenn er die letzten, unbeweisbaren Voraussetzungen aller Wissenschaft auf mehr oder weniger willkürliche Übereinkunft zurückführt: „Erklärt sich jemand mit Voraussetzungen nicht

[6]) Grundgedanken zur Wissenschaftslehre der Psychopathologie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. VII (1906) S. 160 f.

[7]) Reformvorschläge zum Mittelschulunterricht in der Philosophie. S. 7. Mies 1910.

[8]) Die Erkenntnistheorie der Naturforschung der Gegenwart. S. 8 f. Leipzig 1905. Das spätere Werk Der Phänomenalismus (Leipzig 1913) ist wesentlich gemäßigter.



einverstanden, deren Aufoktroyierung von anderer Seite versucht wird, so läßt sich mit ihm weiter nichts machen. Niemand kann gezwungen werden, etwas anzuerkennen", und nur der Erfolg soll ihn vielleicht eines besseren belehren: wer die Ablehnung vorzieht, nun, der möge schauen, wie er anderweitig sein Erkenntnisbedürfnis befriedigt; ganz wie Mach[9]) mit einem vielzitierten Worte sich geäußert hatte: „Erkenntnis und Irrtum fließen aus denselben psychischen Quellen: nur der Erfolg vermag beide zu scheiden." Stimmen wir dem aber zu, so sind die vielen nicht anerkannten Wahrheiten, von denen die Geschichte der Wissenschaft berichtet und die auch in unserer Zeit ebensogut ungezählt vorhanden sind wie in der Vergangenheit, eben bis zu ihrem Durchdringen Irrtümer gewesen — nicht nur fälschlich für solche gehalten worden. Oder aber der Erfolg mußte zu einem ebenso zeitlosen, vom Subjekt unabhängigen Etwas werden wie nach der Ansicht der älteren Philosophie die Wahrheit, die insgeheim schon die noch nicht anerkannten Sätze umschwebte und sie davor bewahrte, Irrtümer zu sein.

Von den uns am nächsten stehenden Denkern ist insbesondere Ziehen geneigt, den Ansprüchen der Psychologie in dem oben angedeuteten Sinne weit entgegenzukommen. Auch ihm trägt die sog. Kategorialfunktion, d. h. die Fähigkeit zu unterscheiden, durchaus psychologischen Charakter, sie ist, wie alle Parallelfunktionen, d. h. psychischen Tätigkeiten, ein Entwicklungsprodukt der Anpassung, und „nur dieser anpassenden Entwicklung verdanken die logischen Sätze ihre sog. Übereinstimmung mit der Wirklichkeit."[10]) Will man sie trotzdem, ebenso wie die synthetische und analytische Funktion als spezifisch logische in Anspruch nehmen, so ist das wesentlich eine Frage der Terminologie und der wissenschaftlichen Übereinkunft. Die Allgemeingültigkeit der logischen Sätze ist kein Grund, sie prinzipiell den psychologischen entgegenzusetzen. Kommen auch in der Welt der wirklichen Empfindungen und Vorstellungen z. B. nicht zwei völlig gleiche vor, so kann doch die Psychologie aus nur annähernd gleichen Rückschlüsse auf vollkommen gleiche Vorstellungen ziehen; mit der Idealvorstellung einer vollkommenen Gleichheit gelangt sie auch zu Sätzen darüber, obwohl eine solche nirgends gegeben ist.[11]) Selbst der Satz des Widerspruchs ist seinem Wesen nach psychologisch, wenn er auch die Grundlage der Logik bildet; er beruht schließlich auf dem disjunktiven Charakter der Kategorialfunktion, dieser aber darauf, daß ein und derselbe Prozeß in der Hirnrinde nicht zugleich als Ergebnis eine Erregung und eine Hemmung haben kann.[12])

Dennoch wäre es falsch, Ziehen mit jenen einseitigen Subjektivisten und Pragmatisten in einem Atem zu nennen. Einen Satz wie den folgenden Kleinpeters,[13]) den er noch dazu „so ähnlich" — aber sehr nur „so ähnlich" — bei Kant wiederfinden will: „Subjektive Überzeugung, nicht objektive Gewißheit ist das einzig erreichbare Ziel aller Wissenschaft", würde Ziehen nie unterschreiben. Ich denke, schon der Psychiater in ihm würde das nicht zulassen. Denn wäre der ebengenannte Satz richtig, so müßten wir doch wohl in der Wahnidee, die diese subjektive Überzeugung bis zur Unerschütterlichkeit zeigt, den Typus des wissenschaftlichen Denkens sehen. Ziehen kennt auch eine Aufgabe der reinen Logik, bei der die Psychologie vollkommen versagt, nämlich einen „objektiven" Wertunterschied der richtigen und unrichtigen Vorstellungen festzustellen, wenn er auch daran zweifelt, ob solche Bestrebungen je Erfolg haben werden.[14]) Und wenn er selbst den „Egotismus", d. h. die Annahme eines primären Ich, ablehnt, so bewegt er sich da in derselben Richtung auf eine objektive Welt wie mit seiner Lehre von den Reduktionsbestandteilen, und es wird ihm nicht entgangen sein, daß er wegen der letzteren von Schneider[15]) sogar unter die transzendentalen Realisten gerechnet wird. Ich bin auch mit Ziehen durchaus einer Meinung, daß es ein vergebliches Unterfangen ist, in der Logik die Rücksicht auf das Denken als psychischen Vorgang gänzlich auszuschalten; schon die ergötzliche Tatsache, daß immer ein „reiner" Logiker dem andern Psychologismus vorwirft, gibt ihm recht, bis

[9]) Erkenntnis und Irrtum S. 116. 2. Aufl. 1906. Der Satz will natürlich erkenntnistheoretisch aufgefaßt sein. Psychologisch ist der erste Teil unbestreitbar, und auch der zweite ist, in lediglich historischem Sinne verstanden, richtig, wird damit freilich auch zu einer Trivialität, die wir einem Denker wie Ernst Mach nicht zutrauen dürfen.

[10]) Die Grundlagen der Psychologie. Bd. I S. 242. Leipzig 1915.

[11]) Ebenda S. 224 ff.

[12]) Das klingt zunächst völlig materialistisch, bekommt aber durch die Wendung zum Spiritualismus, die ja Ziehens ganze Erkenntnistheorie nimmt, ein erheblich anderes Gesicht. Vgl. Zum gegenwärtigen Stand der Erkenntnistheorie. S. 4. Wiesbaden 1914. Gehirn und Seelenleben. S. 50 ff. 3. Aufl. Leipzig 1912.

[13]) Die Erkenntnistheorie usw. S. 9.

[14]) Grundlagen der Psychologie. Bd. I S. 247.

[15]) Erkenntnistheoretischer Idealismus oder transzendentaler Realismus. Kantstudien XXIII S. 268.

schließlich in den Schriften Rehmkes und seiner Schüler, denen sie alle, Kant und Cohen, Rickert und Husserl, Psychologisten sind, der Höhepunkt der „rein logischen" Blutleere erreicht ist.

Gewiß, Gehirnvorgang, psychologischer Ablauf und Inhalt des Denkens sind drei Gebiete, die nahe beieinander liegen und für uns manchmal schwer zu trennen sind; vergrößert man aber den Abstand, so sieht man doch leicht, daß man z. B. nicht deshalb, weil in ihr von lebenden Wesen die Rede ist, die Geschichte als Teil der Physiologie bezeichnen darf; die Art der Betrachtung ist in beiden doch eine ganz andere. Und darum bleibt der Satz vom Widerspruch eben doch ein logisches Gesetz, und wenn ihn Ziehen auf sich ausschließende psychische Vorgänge oder gar auf gleichzeitig unvereinbare Prozesse in der Hirnrinde zurückführen will, so glaube ich nicht, daß wir damit viel gewinnen. Wir wissen nicht, was beim Denken im Gehirn vorgeht, auch die Worte „Erregung" und „Hemmung" sind hier nur Bild und Gleichnis, das wir mit demselben Rechte durch andere Begriffspaare, Dissimilation und Assimilation, Berührung und Trennung der Dendriten ersetzen können. Zudem, wenn so letzten Endes die Unmöglichkeit des Widerspruches auf einen gewissermaßen automatisch wirkenden Naturvorgang zurückgeführt wird, wie kommt es, daß wir von diesem gar nichts bemerken, daß zahllose Widersprüche in jedem Denken ganz vergnügt nebeneinander bestehen und sich selbst in die Systeme der größten Denker einschleichen — man denke an das Verhältnis vom Ding an sich und Kausalität bei Kant. Muß man da nicht sagen, daß der Gehirnvorgang den Widerspruch erst unmöglich macht, sobald er bemerkt wird? Damit aber wären wir ebensoweit wie im Anfang und hätten uns im schönsten Zirkel herumbewegt. Für den Geisteskranken, der sich über den Widerspruch hinwegsetzt, und etwa in einer Person mühelos noch eine andre erkennt, ja, außer sich selbst noch jemand anders zu sein glaubt, müßten wir sogar annehmen, daß in seinem Gehirn Erregung und Hemmung sich nicht ausschlösen, eine Annahme, zu der man sich schwer entschließen wird.

Auf der anderen Seite ist nicht zu verkennen, daß wir dem Wahnproblem mit der bloßen Logik auch nicht näherkommen. Alle Versuche, den Wahn von dem Fehlurteil des Gesunden durch rein logische Merkmale zu unterscheiden, sind bisher fehlgeschlagen, und wer von einem „paranoischen Irrtum" (Bleuler) oder einem „pathologischen Fehlurteil" (Meyerhof) redet, führt damit Elemente ein, die aus ganz anderen Gebieten stammen. Auch das, was schließlich als die grundlegende Eigenschaft des Wahnes allgemein anerkannt ist, seine Unkorrigierbarkeit gegenüber den Versuchen einer vernünftigen Widerlegung, die Neigung des Wahngläubigen, lieber die ganze wirkliche Wahrnehmung preiszugeben, als auf einen Wahn zu verzichten, ist ein durch und durch psychologisches Merkmal, und nicht anders steht es mit dem ihm gleichwertigen, daß die tatsächliche Korrektur des Wahnes stets auf psychologischem, niemals auf logischem Wege erfolgt, genau, wie wir keiner Logik bedürfen, um unsere Träume als das zu erkennen, was sie sind. Meyerhof[16]) führt für jenes Verhalten das Wort „Urteilsstarrheit" ein und sieht in ihr „nicht nur ein notwendiges, sondern auch ein hinreichendes Kriterium des Wahns". Ich kann nicht finden, daß es mehr sei als ein bloßes neues Wort für eine altbekannte Tatsache.

Auch der Hinweis auf die Sinnestäuschungen der Geisteskranken und ihre bekannten Eigenschaften verfängt wenig, ganz abgesehen davon, daß längst nicht jede Wahnidee sich aus einer Halluzination entwickelt. Es gibt gänzlich normale Sinnestäuschungen, denen wir alle unterliegen — ich erinnere an die Versuche mit entgegengesetzt durchstrichenen Parallelen u. ähnl. — und andere, die bei gewissen Krankheitszuständen auftreten, wie Ohrenklingen, Ameisenkriechen, Gelbsehen. Wahnideen lösen diese in keinem Falle aus, und auch jemand, dem man heimlich eine Portion Santonin beigebracht hat, würde sein Gelbsehen wohl auf jede andere Weise eher erklären als etwa frei nach Schreber annehmen, daß nun eine neue Sonne ohne blaue Strahlen am Himmel stehe. Wer aber aus den Wänden Stimmen zu sich sprechen hört, wem auf Telegraphendrähten Ströme und Spiegel zugeschickt werden, wer einen halluzinatorischen Befehl: „Töte ihn!" sofort ausführt, ist geisteskrank, auch wenn er augenblicklich oder selbst dauernd von seinen Quälereien Ruhe hat, und nur die volle Krankheitseinsicht kann die Gewähr der Genesung bieten. Was uns an den Sinnestäuschungen der Irren interessiert, ist nie der Vorgang als solcher, den wir ruhig der Gehirnpathologie überlassen könnten, sondern nur die Reaktion des Kranken im Sinne der Wahnbereitschaft. Der halluzinatorisch vermittelte Wahn mag plastischer, in manchem auch grotesker oder phantastischer sein als der kombinatorische, ihrem Wesen nach sind aber beide Formen identisch.

[16]) Beiträge zur psychologischen Theorie der Geistesstörungen. S. 187. Göttingen 1910. Auch in den Abhandlungen der Friesschen Schule.



Dürfen wir nun aber die Wahnidee überhaupt ein Urteil nennen? Zugegeben, daß sie die Form des Urteils hat, daß sie ihrem Inhalt nach ein Fehlurteil ist, so ist sie doch in ihrer Unbeeinflußbarkeit durch das übrige Denken als etwas völlig aus ihm Hinausfallendes bezeichnet. Das ist der tiefe Sinn des Bleulerschen Wortes, daß Wahnideen ihr psychologisches Korrelat nicht im Irrtum, sondern im Glauben haben.[17]) Auch der Glaube tritt, wie ich mich bemüht habe nachzuweisen,[18]) als eine Reihe von Urteilen auf, auch er aber vermittelt uns keine Erkenntnis, und es ist lediglich eine Konzession, wenn Meyerhof[19]) nur das „religiöse Vorurteil" des Aberglaubens dem Wahne am nächsten stellt, eine Halbheit, gegen die man allerdings im Interesse des lieben Friedens nicht gerade Sturm zu laufen braucht. Vom Standpunkt der bloßen Vernünftigkeit ist es aber in gleicher Weise unsinnig, etwa durch eine feierliche Wasserbesprengung die Erbsünde tilgen zu wollen oder nachts ein Wachsherz unter Flüchen zu durchbohren, um so den fernen, ungetreuen Geliebten zu töten. Der Unterschied ist nur, daß uns die Taufe sittlich wertvolle, einer religiösen Übersteigerung fähige Gedanken symbolisch darstellt, während uns die Schmerzen einer verlassenen Geliebten nicht bedeutend genug scheinen, um hinterweltliche Kräfte zu entbinden. Trotzdem, wer bliebe in den großen, entscheidenden Wendungen seines Lebens vom Aberglauben ganz frei?

Ich will hier auf die Unterscheidung von Wahn und Glaube nicht zurückkommen. Aber gerade dann, wenn wir sie in ihrer innerlichen Verwandtschaft zusammen betrachten, tritt auch unsere verschiedene Stellungnahme zu beiden hervor. Den großen Systemen des Glaubens, wie sie uns unter dem Namen der Religionen uns anbieten, pflegt derjenige, der überhaupt ein geistiges Verhältnis zu ihnen sucht, mit Achtung oder mit leidenschaftlicher Ablehnung entgegenzutreten, Bäche von Tinte werden verschrieben, um die Möglichkeit einer religiösen Erkenntnis, einen Wahrheitsgehalt der Religion neben unserer wissenschaftlichen Weltanschauung darzutun oder als Hirngespinst zu erweisen. Neben die Religionspsychologie, die Beschreibung des religiösen Verhaltens in seiner Mannigfaltigkeit stellt sich eine erkenntnistheoretische Behandlung der religiösen Inhalte, der sog. Glaubenswahrheiten oder Heilstatsachen. Die unverkennbare soziale und sittliche Bedeutung der Religion zwingt noch viele in ihren Bann, denen der Glaube selbst nichts mehr bedeutet, noch andere finden sich künstlerisch von ihr gefesselt; ja, selbst der Atheist schmückt schließlich noch seinen „Christbaum" — „für die Kinder".

Der Wahn aber lenkt die Aufmerksamkeit höchstens als psychologisches Problem auf sich, und auch dessen Behandlung ist mehr und mehr aus den Händen der Fachpsychologen in die der Ärzte übergegangen, gewiß nicht zum Nachteil der Kranken selber, wohl aber des theoretischen Aufbaus unserer Wissenschaft. Die Medizin, die ihren Umfang lediglich nach praktischen Gesichtspunkten begrenzt und Ausschnitte der verschiedensten Wissenschaften umfaßt, hatte von sich aus keine Veranlassung, eine Erkenntnistheorie zu entwickeln; die Philosophie aber, die noch vor hundert Jahren sich viel mit den Geisteskrankheiten beschäftigt und sich sogar der sehr bedenklichen Tätigkeit hingegeben hatte, sie von sich aus zu konstruieren, vergaß an ihrem Teile so gut wie völlig, daß es eine Pathologie des Geisteslebens gibt. Es ist heutzutage eine seltene Ausnahme, wenn wir z. B. in der kleinen Einführung von Raoul Richter[20]) lesen, daß dieselbe Wahrheit für alle Subjekte, auch für die Geisteskranken, gültig sei, und er leugnet, daß das Absterben gewisser Geistesfunktionen beim unheilbar Wahnsinnigen irgend etwas für die Existenz eines anders gerichteten Wahrheitsbewußtseins beweise. Selbst die Psychiater, wenn sie Philosophie trieben, hatten kein Auge für die Psychopathologie. Wir haben zwei Männer unseres Fachs, die die Erkenntnistheorie durch Arbeiten von selbständigem Werte bereichert haben, Koch[21]) in älterer und Ziehen,[22]) den wir ja wohl noch zu den Unsrigen rechnen dürfen, in neuerer Zeit. Bei beiden werden aber nur die Halluzinationen und Illusionen erwähnt, während die meines Erachtens weit ergiebigere Wahnidee gar nicht behandelt wird.

So mußte denn die Psychiatrie ihre erkenntnistheoretische Grundlegung selbst in die Hand nehmen. Daß die ersten Versuche hierzu von der Gedankenwelt der allgemeinen Medizin ausgingen, ist selbstverständlich, denn die Psychiatrie de[r]

---

17) Lehrbuch der Psychiatrie. S. 65. Berlin 1916.

18) Wahn und Glaube. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. LI S. 124 ff.

19) a. a. O. S. 180.

20) Einführung in die Philosophie. (Aus Natur und Geisteswelt.) S. 36. 4. Aufl. Leipzig 1919.

21) Erkenntnistheoretische Untersuchungen. Göppingen 1883.

22) Psychophysiologische Erkenntnistheorie. 2. Aufl. Jena 1907. Erkenntnistheorie auf psychophysiologischer und physikalischer Grundlage. Jena 1913. (Außer den früher angeführten.)

:perlichen Medizin anzugleichen, war doch selbst
:h das Bestreben so großer Meister unseres
:hes wie Krafft-Ebing und Wernicke.
r schade, daß eben die Medizin alles andre ist
eine logische einheitliche Wissenschaft, und
um ihrem Wesen nach den Untergrund für einen
enntnistheoretischen Aufbau nicht liefern konn-
Erst als die Psychopathologie sich auf die
enart ihres Arbeitsgebietes besonnen hatte, ent-
nd auch gleich eine so vielverheißende Arbeit
: Gaupps[23]) Vortrag „Über die Grenzen der
chiatrischen Erkenntnis". Mit einigen anderen
schlägigen Werken habe ich mich jüngst an an-
em Orte ausführlich auseinandergesetzt. Für
nächste Zeit verspricht uns Kronfeld[24]) eine
itik der psychiatrischen Erkenntnis", von der
werden abwarten müssen, wie weit sie ihr
:ma faßt. Daß sie allem Anschein nach sich auf
wiederbelebte Friessche Philosophie stützen
d, begrüße ich sympathisch, denn gerade der
ındsatz dieser Lehre, daß die letzten Gegeben-
:en psychologisch vorgefunden werden und
ıt weiter abgeleitet werden können, scheint mir
besten zu den Tatsachen der Psychopathologie
stimmmen; vielleicht liefert uns Kronfeld
erkenntnistheoretische Ergänzung zu der ja
nfalls recht brauchbaren Meyerhofschen,
selben Schule entstammenden Studie.

Bleiben wir mit dieser Kritik in dem engeren
ımen unserer Wissenschaft, so führen zwei an-
e Wege erkenntnistheoretischer Betrachtung
r ihn hinaus. Wir können einmal fragen, ob
ıt die Produkte des pathologisch veränderten
ıkens für die Kritik der Erkenntnis überhaupt
leutung gewinnen, und einige Probleme, so na-
ıtlich die der Wahrheit und der Wirklichkeit,
ıesonderem Lichte erscheinen lassen. Tatsachen
diese, daß Sinnestäuschungen von den Kran-
nicht als subjektive Vorgänge, sondern durch-
als Bestandteile der objektiven Welt angesehen
den, sollten von der Philosophie nicht vernach-
igt werden, während andererseits der Einfluß
er Halluzinationen im weiten Maße davon un-
ängig ist, daß sie der Wirklichkeit gleichgesetzt
den: der Halluzinant ist häufig imstande, seine
ıeren Stimmen", die „Flüstersprache" oder das
ındgespräch" von dem sonst akustisch Vernom-
ıen zu unterscheiden, ja, ihnen einen besonde-
Ursprung zuzuschreiben, trotzdem aber gilt ihm
Inhalt seiner Stimmen als höhere Wahrheit
selbst als der Augenschein. Wir sehen ferner, wie
der Wahn auf alle Urteile, die mit ihm in Berührung treten, einwirkt, selbst aber keinerlei Einwirkung von ihnen erfährt, und davon unter Umständen auch die formalen, sog. apriorischen Elemente des Denkens so wenig frei bleiben wie die materialen.[25]) Schon vorher konnte ich das an einem Beispiele vom Satz des Widerspruches belegen.

Was auf diesem Gebiete bisher von Psychiatern gearbeitet worden ist, trägt freilich fast durchgängig psychologisches Gewand, wenngleich eine Bewegung in Richtung auf die Erkenntnistheorie unverkennbar ist. Es ist doch ein Unterschied zwischen den interessanten, aber ganz im Psychologischen steckengebliebenen Ausführungen über das Realitätsgefühl bei Friedmann[26]) in seinem bekannten Buche „Über den Wahn", und den neuesten Studien Schilders und des tschechischen Psychiaters Heveroch.[27]) Bewußt einen anderen Weg eingeschlagen hat, soviel ich weiß, nur das wunderliche, wohl gänzlich verschollene Buch von Max Herz: „Kritische Psychiatrie, Kantische Studien über die Störungen und den Mißbrauch der reinen spekulativen Vernunft",[28]) das zu einem materialistisch mißverstandenen Kant einen Kommentar vom Standpunkte der Psychopathologie liefert, im engen Anschluß an den Gedankengang in der Kritik der reinen Vernunft, bis zu den Ideen der transzendentalen Dialektik.

Die Möglichkeit einer weiteren Fragestellung möge ein Vergleich mit zwei theologischen Disziplinen erläutern. Versucht die Apologetik die Berechtigung einer Theologie, ihre Vereinbarkeit mit dem profanwissenschaftlichen Weltbilde aufzuzeigen, so stellt sich die Dogmatik auf den umgekehrten Standpunkt, geht von der Weltanschauung der Religion (oder des betr. Bekenntnisses) aus und verlangt, daß sich nun die Wissenschaft diesem, als Offenbarung mit besonderem Vorrang ausgestattetem Weltbegriffe füge. Wie man sieht, ähnelt dieser Anspruch aufs Haar dem Verlangen des Wahnkranken, dem seine Ideen durchaus im Mittelpunkt des Denkens stehen, der ihnen alle anderen anpaßt und für sie Anerkennung fordert. Für die wissenschaftliche Betrachtung des Wahnes würde das heißen, daß, während wir vordem analog dem Ver-

[23]) Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. 1903 S. 1 ff.

[24]) Jakob Friedr. Fries und die psychiatrische ;chung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. LI S. 328.

[25]) Hoppe, Beitrag zur Pathologie der Erkenntnis. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1908 S. 924 ff.

[26]) Bd. I S. 81 ff., Bd. II S. 94 ff., 119 ff. Wiesbaden 1894.

[27]) S. u. a. Der Beziehungswahn und das Problem der Kausalität. Zeitschr. f. Pathopsychol. Bd. III S. 86 ff.

[28]) Wien 1895.



fahren der Apologetik die Inhalte des gestörten Denkens vom Standpunkte des Gesunden her untersuchten und prüften, ob unsere Begriffe ausreichten, um auch jene zu umfasssen, wir uns nun in Gedanken ganz in die Welt des Kranken einfühlen, sie als gegebene hinnehmen und zu ermitteln suchen, was für ihn Raum und Zeit, Kausalität und Substantialität, bedeuten. Ein ausgezeichnetes Material dazu werden uns vornehmlich die Schriften kranker Wissenschaftler liefern, so Schrebers[29]) Metaphysik und die magische Experimentalwissenschaft Staudenmaiers,[30]) ja selbst der erkenntnistheoretische Versuch eines Geisteskranken steht uns bei Schilder[31]) zu Gebote. Auf Grund dieser Forschungen werden wir dann daran gehen, das Weltbild des Kranken zu erbauen; wir werden feststellen, ob die Abweichungen von dem des Gesunden nun gesetzmäßig oder völlig regellos zutage treten, womit im letzteren Falle allerdings jede wissenschaftliche Behandlung über die Individualpsychologie hinaus abgeschnitten wäre, im ersteren aber wertvolle Rückschlüsse auf das Wesen des Denkens überhaupt, insbesondere auch das psychophysische Problem sich ergeben würden. Das Ziel wird sein, zu ermitteln, ob nun die Denktätigkeit des Kranken sich letzten Endes in gleicher Art wie die des Gesunden, nur an irgendwie verfälschtem Material vollzieht, oder ob sie etwas grundsätzlich Neues, vom normalen Denken her nicht zu Begreifendes darstellt, Fragen, die im Grunde ja wieder in die Psychologie einmünden, aber es ist das Schicksal aller philosophischen Probleme, daß sie schließlich ineinander übergehen.

Freilich ist wohl auf diesem Gebiete noch alles zu tun, abgesehen wieder von Herz' Kritischer Psychiatrie, die auch diese Fragen berührt, und wenn ich sie im ganzen auch für verfehlt halte, doch das bleibende Verdienst hat, den ersten Schritt in wissenschaftliches Neuland getan zu haben. Ob weitere Versuche mehr Glück haben werden? Ich hoffe es, wenn sie sich fest an das Gegebene halten, nicht von vorgefaßten Meinungen und philosophischen Dogmen, sei es welcher Art auch immer, ausgehen. Geleistet aber werden muß diese Arbeit, denn alles, was auf diesem Gebiete bis jetzt vorliegt, ist Behauptung, aber nicht Bewiesenes. Gegenwärtig können wir uns nur der Tatsache getrösten, daß das Problem von verschiedenen Seiten her wenigstens gesehen ist, und das ist ja oftmals das wichtigste.

[29]) Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Leipzig 1904.

[30]) Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft. Anastat. Neudruck. Leipzig 1912.

[31]) a. a. O. S. 20 ff.

„Luxus“ und „Persönliche Annehmlichkeit“.

In einer größeren Irrenanstalt wurde einem Arzte eine vom Mittelpunkt der Anstalt etwa ¾ km entfernte Wohnung überwiesen, die nicht an das Anstaltsfernsprechnetz angeschlossen war, weil sie eigentlich für den Anstaltsgeistlichen bestimmt war. Auf den Antrag des Direktors, Fernsprechanschluß herzustellen, erging zunächst von der Provinzialverwaltung der Bescheid, daß — neben anderen vorgeschlagenen Änderungen — der Fernsprechanschluß abgelehnt werden müsse, da die Finanzlage der Provinz jede Erfüllung von Luxuswünschen verbiete. Als nun der Direktor in einem zweiten Berichte unter Hinweis auf die dienstlichen Interessen die Herstellung der Fernsprechverbindung von neuem zu erwirken versuchte, gab die Verwaltung folgende Antwort: „Nachdem die nochmalige Prüfung ergeben hat, daß es sich nicht allein um eine persönliche Annehmlichkeit, sondern um ein begründetes dienstliches Interesse handelt, bin ich damit einverstanden, daß in der Wohnung des Anstaltsarztes Dr. X. ein Fernsprechanschluß hergestellt wird. . . . Der Landesdirektor, i. V. (Unterschrift).

Als die Postverwaltung die Erhöhung der Fernsprechgebühren und die Zwangsanleihe ankündigte, haben im ganzen Reiche die Ärztevereine dagegen energisch Widerspruch erhoben und dabei auch ausgeführt, daß gerade der Ärztefernsprecher eher eine Last als eine Annehmlichkeit ist. Wir verstehen diesen Standpunkt nicht, denn hier haben wir es von einer hohen Behörde schwarz auf weiß, daß ein Fernsprecher, wenn nicht gerade Luxus, so doch zum mindesten eine persönliche Annehmlichkeit ist.

In der betreffenden Provinz untersteht die Irrenfürsorge einem juristischen Dezernenten. Ob wohl ein hauptamtlicher Landesmedizinalrat, mit den dienstlichen Verhältnissen in einer Irrenanstalt vertraut, auch so entschieden hätte oder seiner Entscheidung eine solche Begründung mitgegeben hätte?

Dr. X. in Y.

Mitteilungen.

— **Reichsverband. Bekanntlich hat der Bund iherer Beamter sämtliche angeschlossenen Verbände fgefordert, alle Verbindungen mit dem Deutschen Beatenbund zu lösen. Indem wir auch an dieser Stelle f die Wichtigkeit der unseren Einzelverbänden überndten diesbezüglichen Druckschriften (Zeitschrift Nr. 4 des B. h. B. vom 15. Juni 1920 usw.) aufmerksam ichen, bitten wir um beschleunigte Stellungnahme, da ir die Verpflichtungserklärungen bis zum 1. August iterschrieben haben sollen. Eine ausführliche Verlentlichung über diese Angelegenheit kann wegen ihrer inglichkeit erst später erfolgen.**

I. A.: Dr. Hussels.

— **Reichsverband.** Über die Einreihung in die Beldungsklassen ist bisher folgendes bekannt geworden:

Schlesien: Gruppe 9: Assistenzärzte in Benitenstellung. Gruppe 10: Abteilungs- und Oberärzte. ruppe 11: Oberärzte in gehobener Stellung bei den ovinzial-Heil- und Pflegeanstalten (bei Bewährung reichbar nach 15 in Gruppe 10 verbrachten Dienstinren). Gruppe 12: Direktoren der Heil- und Pflegeistalten.

Bemerkungen: In Schlesien wird der Titel Oberzt nach zehnjähriger Dienstzeit (angerechnete Zeit ihlt mit) verliehen.

Ostpreußen: Der Verband der Ärzte hat beitragt: Gruppe 10: Assistenzärzte. Gruppe 11: Analtsärzte. Gruppe 12: Oberärzte. Gruppe 13: Direkiren. — Entscheidung steht noch aus.

Sachsen: Endgültige Einordnung ist noch nicht folgt.

Schleswig-Holstein: Vorläufige Einordung: Gruppe 10: Angestellte Ärzte (Oberärzte). ruppe 11: Oberärzte nach etwa sechs Jahren, falls ne derartige Aufrückung auch in andern Provinzen attfindet. Gruppe 11 und 12.: Direktoren.

Naturalbezüge fallen weg. Für die Dienstwohnungen erden 40 v. H. des Ortszuschlages usw. in Abrechnung ebracht (für Gruppe 10: 1920 M). — Die Verhandlungen it den Behörden werden fortgesetzt.

Brandenburg: Bisher keine endgültige Regeng. — Die gewerkschaftliche Organisation der Pronzialbeamten hat beantragt: Gruppe 11: Oberärzte ämtliche fest angestellten Anstaltsärzte). Gruppe 12: Oberärzte und Direktoren kleiner Anstalten (letztere it Funktionszulage). Gruppe 13: Direktoren.

Stadt Berlin: Keine endgültige Regelung. — 'ohnungen von einer Kommission nicht allzu hoch abschätzt und davon zwei Drittel in Rechnung gesetzt; eizung und Beleuchtung jetzt zum ersten Mal angechnet; Garten mäßig geschätzt; Arzneimittel frei; uhrwerk nicht vorhanden; Anstaltskräfte frei; genauere ihlen noch nicht bekannt.

Hamburg: Senatsvorlage vorläufig angenomen: Gruppe 10: Abteilungsärzte. Gruppe 11: Oberzte II. Klasse. Gruppe 12: Oberärzte. Gruppe 13: irektoren.

Für Dienstwohnungen: Abteilungsärzte müssen zahlen: 40 v. H. vom höchsten Ortszuschlag (5000) = 2000 zuzügl. 50 v. H. Teuerung = 3000. Die Oberärzte I. Klasse zahlen: 50 v. H. vom höchsten Ortszuschlag (5000) = 2500 zuzügl. Teuerung 50 v. H. = 3750. Für Heizung werden 5 v. H., für Beleuchtung 3 v. H. vom Grundgehalt zuzügl. Ortszuschlag und Teuerungszulage berechnet. Den Oberärzten und einem Teil der Abteilungsärzte, nicht dem Direktor, werden für konsultative Praxis 10 v. H. vom Grundgehalt abgezogen (!).

Bremen: Gruppe 7: Assistenzarzt. Grundgehalt 6200 bis 9300; Ortszuschlag 1400 bis 1800; er hat zu zahlen 960 M für Wohnung, mit Heizung und Licht, 20 v. H. vom Grundgehalt zuzügl. Ortszuschlag für freie Verpflegung. Gruppe 8: Sekundärarzt. Grundgehalt 6800 bis 10200; Ortszuschlag 1400 bis 1800; Wohnung und freie Station wie beim Assistenzarzt. Gruppe 9: Oberarzt. Grundgehalt 7600 bis 11400; Ortszuschlag 1600 bis 2000, 1200 M für Wohnung ohne Heizung und Licht. Gruppe 10: Direktor. Grundgehalt 8400 bis 12600; Ortszuschlag 1800 bis 2200; 1320 M für Wohnung ohne Heizung und Licht.

Diese Regelung ist vorläufig und wohl völlig unhaltbar. — Der Vorschlag der Ärzte geht dahin: Direktor in Gruppe 11, Oberärzte bzw. Sekundärärzte in Gruppe 10, Assistenzärzte in Gruppe 9. — Auch dies dürfte wohl nicht genügen.

Lübeck: Vorschlag der Ärzte: Gruppe 10: Anstaltsärzte. Gruppe 11: Oberärzte. Gruppe 12: Direktor.

Bayern: Folgender Vorschlag des Ärzteverbandes hat Aussicht auf Annahme: Gruppe 9: Hilfsärzte. Gruppe 10: Anstaltsärzte. Gruppe 11: Oberärzte. Gruppe 12: Stellvertretende Direktoren. Gruppe 13: Direktoren.

Hierzu kommt noch eine Gefahrenzulage, ähnlich wie bei den Eisenbahnbeamten.

Baden: Eingeordnet sind: Gruppe 10: Anstaltsärzte 8400 bis 12600 M. (In den ersten fünf Dienstjahren jedoch Gruppe 9: 7600 bis 11400 M). Gruppe 11: Stellvertretende Direktoren 9700 bis 15600 M. Gruppe 12: Direktoren 11200 bis 16800 M.

Beantragt wurde neuerdings nach Gruppe 11 die Oberärzte (ältere Anstaltsärzte) und Reduzierung der fünf in drei Dienstjahre bei Gruppe 9.

Freistaat Sachsen: Gruppe 10: 61 Regierungsmedizinalräte (Anstaltsärzte), bis zu einem Besoldungsdienstalter von fünf Jahren Klasse 9. Gruppe 11: 10 Regierungsmedizinalräte als stellvertretende Direktoren großer Heil- und Pflegeanstalten, 6 Direktoren kleiner Anstalten. Gruppe 13: 13 Direktoren von Landesanstalten.

Als Miete für die in Sachsen üblichen Dienstmietwohnungen werden erhoben: in Gruppe 10 und 11: 60 v. H. vom Ortszuschlag, in Gruppe 12: 75 v. H. vom Ortszuschlag.

Württemberg: Gruppe 9: Anstaltsärzte (Assistenzärzte). Gruppe 10: Oberärzte. Gruppe 11: Vier



Direktoren (Medizinalräte). Gruppe 12: Ein Direktor (Obermedizinalrat in Winnental).

Die Dienstwohnung wird den Beamten, falls das Anfangsgrundgehalt seiner Besoldungsgruppe und Ortsklasse 7000 M nicht überschreitet, mit 30 v. H., falls es 7000 M, aber nicht 11 000 M überschreitet, mit 40 v. H., im übrigen mit 50 v. H. des höchsten Ortszuschlags seiner Besoldungsgruppe und Ortsklasse einschl. des Teuerungszuschlages hierzu auf den ihm zustehenden Ortszuschlag angerechnet. Aus Billigkeitsgründen kann der anzurechnende Betrag auf Antrag des Beamten von der zuständigen Behörde anderweit festgesetzt werden. Kinderzuschlag bis zum vollendeten 6. Lebensjahr monatlich 40 M; bis zum vollendeten 14. Lebensjahr monatlich 50 M und bis zum vollendeten 21. Lebensjahre monatlich 60 M (vom 14. bis 21. Lebensjahr nur dann, wenn nicht eigenes einkommensteuerpflichtiges Einkommen der Kinder vorhanden ist). — Die eigentliche Gehaltsregelung ist zweifellos unzureichend.

Groß-Thüringen: Gruppe 10: Oberärzte (8400 bis 12 600 M). Gruppe 11: Direktoren (9700 bis 14 500 M). Abteilungs- bzw. Anstaltsärzte und Assistenzärzte sind nicht eingruppiert. — Auch dies ist völlig unzureichend.

Freistaat Braunschweig: Von einer Einordnung ist noch nichts bekannt.

Mecklenburg-Schwerin: Gruppe 10: Ober- und Anstaltsärzte. Gruppe 12: Direktoren. — Ein Aufrücken in eine höhere Gehaltsstufe besteht nicht.

Posen: Gruppe 9: Assistenzärzte. Gruppe 10: Anstaltsärzte und Oberärzte. Gruppe 11 (10a): Oberärzte. Gruppe 11a: Direktoren (erreichen nicht das Endgehalt der Gruppe 12).

Hessen-Darmstadt: Gruppe 9 (Nr. 7): (7600 bis 11 400 M) acht Kreisassistenzärzte bei den Kreisgesundheitsämtern und Anstaltsärzte bei den Heil- und Pflegeanstalten. — Bem.: Können, wenn sie voll beschäftigt sind und wesentliche Nebeneinnahmen nicht haben, in Gruppe 10 eingereiht werden. Bei Ausübung einer ärztlichen Praxis erhalten die Beamten entsprechende Bruchteile der Bezüge. — Fußnote: Beim Übergang eines Beamten in eine der in Gruppe 10 aufgeführten Stellen wird ihm bei Bemessung des Gehalts die gesamte Besoldungsdienstzeit wie bei einer ersten Anstellung in Gruppe 10 gerechnet.

Gruppe 10 (Nr. 10): (8400 bis 12 600 M) acht Oberärzte an den Heil- und Pflegeanstalten. — Fußnote 1: Die Beamten führen innerhalb der ersten fünf Jahre nach ihrer Anstellung in Gruppe 10 je nach dem Verwaltungszweig die Amtsbezeichnung . . . Oberarzt und später die Amtsbezeichnung . . . Medizinalrat. — Fußnote 2: Soweit die Stellen nicht in Gruppe 11 vorgesehen.

Gruppe 11 (Nr. 9): (9700 bis 14 500 M) Medizinalräte. Drei Oberärzte an den Landes-Heil- und Pflegeanstalten als stellvertretende Direktoren. — Bem.: Bei Ausübung einer ärztlichen Praxis werden entsprechende Bruchteile der Bezüge gewährt. — Fußnote: Soweit die Stellen nicht in Gruppe 10 vorgesehen.

Gruppe 12 (Nr. 7): (11 200 bis 16 800 M) vier Direktoren der Landes-Heil- und Pflegeanstalten.

Die bei den einzelnen Gruppen angegebenen Gehaltssätze stellen die Grundgehalte dar, zu denen noch Orts- und Teuerungszuschläge kommen. Tagegelder und Übernachtungsgebühren sind in der neuen Besoldungsordnung anhangsweise wie folgt festgesetzt: Besoldungsgruppe 9: 12 M Tagegelder, 10 M Übernachtungsgebühr; Besoldungsgruppen 10 und 11: 14 M Tagegelder, 15 M Übernachtungsgebühr; Besoldungsgruppen 12 und 13: 16 M Tagegelder, 15 Mark Übernachtungsgebühr. Dazu kommt ein Teuerungszuschlag von gleichem Prozentsatz wie der Teuerungszuschlag zum Gehalt, also zurzeit 50 v. H.

Es wird um weitere Zusendung zur Veröffentlichung gebeten.

I. A.: Dr. Hussels.

— **Berlin.** Am 2. Juli d. J. fand hier die Gründung der „Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte" statt. Zum Vorsitzenden wurde gewählt San.-Rat Dr. Braune, bisher Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Conradstein bei Preuß. Stargard, zurzeit Altscherbitz b. Schkeuditz, Bez. Halle, und zum stellvertretenden Vorsitzenden San.-Rat Dr. Heinze, bisher Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Schwetz a. Weichsel, zurzeit Landsberg a. d. Warthe, Landesheilanstalt. Schriftführer wurde Oberarzt Dr. Hermes, bisher Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt in Westpr., zurzeit Lichterfelde-West, Zehlendorfer Str. 15, II. Zweck der Vereinigung ist die baldige Wiederanstellung der vertriebenen Irrenärzte zu betreiben und ihre sonstigen Rechte zu wahren. Der Beitritt wird auch denjenigen aus Elsaß-Lothringen vertriebenen Irrenärzten gewährt, die durch Preußen versorgt werden müssen. Als Jahresbeitrag sollen zunächst 10 M erhoben werden. Jedes Mitglied ist verpflichtet, der Vereinigung solange anzugehören, bis sämtliche Mitglieder versorgt sind. Als Vereinsblatt wurde die Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift bestimmt.

— Am 23. Mai 1920 beging der bekannte Leipziger Hirnanatom und Psychiater Geh.-Rat Prof. Dr. **Paul Flechsig** sein goldenes Doktorjubiläum. Er wurde am 29. Juni 1847 in Zwickau geboren und habilitierte sich 1876 für Physiologie und Anatomie unter Ludwig, dessen Schüler er wurde. 1882 übernahm er die nach seinen Plänen erbaute und nach seinen Vorschlägen eingerichtete Universitäts-Nervenklinik, an deren Spitze er heute noch steht. Am Tage des Jubiläums erschien als Festschrift im Verlag von Georg Thieme in Leipzig der erste Band eines monumentalen Werkes über die „Anatomie des menschlichen Gehirns und Rückenmarks auf myelogenetischer Grundlage", die Frucht einer jahrzehntelangen Gelehrtenarbeit.

— Die **Berliner Psychoanalytische Vereinigung** hat im Hause Potsdamer Straße 29 eine Poliklinik eröffnet, an der eine Anzahl von Ärzten nervöse Erkrankungen und seelische Störungen nach dem Prinzip der Freudschen Analyse behandeln werden. Es wird hiermit zum erstenmal der Versuch gemacht, weiteren Kreisen von Minderbemittelten eine ärztliche Behandlung zukommen zu lassen, die sich auf der grundlegenden Erkennt



ufbaut, daß die Ursache aller sogenannten „nervösen" .eiden auf einer Störung des psychischen Gleichge-ichts, bedingt durch das Wirken unbewußter Seelen-räfte, beruht.

— **Amtsärztliche Besichtigung der Provinzialkranenanstalten.** Runderlaß des Preußischen Ministers für 'olkswohlfahrt vom 27. Januar 1920 — I M II 226.

Durch den Allerhöchsten Erlaß vom 12. Mai 1897 Gesetzsamml. S. 227) sowie durch den Erlaß des Min. . geistl., Unterr.- u, Med.-Ang. — M 6900 II U III A — nd des Min. d. I. — I B 11621 — vom 15. November 897 war den Provinzialkrankenanstalten insofern eine 'orzugsstellung eingeräumt worden, als diese Anstalten :diglich nach dem Ermessen der Herren Oberpräsiden-:n durch die Regierungs- und Medizinalräte gesund-eitspolizeilich beaufsichtigt werden sollen. Dies hat in er Praxis dazu geführt, daß seit jenem Erlaß die Pro-inzialkrankenanstalten nur in besonderen Ausnahme-illen oder überhaupt nicht von den zuständigen Medi-nalbeamten besichtigt worden sind. Dieser Zustand ann bei aller Anerkennung der fast durchweg guten Be-chaffenheit und Leitung der Provinzialkrankenanstalten s grundsätzlichen Bedenken nicht mehr aufrecherhal-n werden. Denn abgesehen davon, daß sehr leicht in er Öffentlichkeit unliebsame Einwendungen gegen eine rartige Ausnahmestellung der Provinzialkrankenan-alten entstehen können und gelegentlich auch bereits hoben worden sind, ist namentlich darauf hinzuwei-n, daß auch alle kommunalen Krankenhäuser, unter enen sich bekanntlich eine erhebliche Zahl sehr umfangreicher, mit den modernsten Einrichtungen ausgestatteter und von hervorragenden Fachärzten geleiteter Krankenanstalten befindet, der regelmäßigen Beaufsichtigung durch die Kreisärzte unterworfen sind. Auch will ich nicht unerwähnt lassen, daß nach einer zwischen dem Herrn Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung und mir getroffenen Vereinbarung künftig auch die Universitätskliniken in gewissen Abständen von dem Referenten der Unterrichtsverwaltung und dem Fachreferenten der mir unterstehenden Medizinalabteilung besichtigt werden sollen.

Ich ersuche daher die Herren Oberpräsidenten, dafür Sorge zu tragen, daß nunmehr sämtliche der Provinzialverwaltung unterstehenden Krankenanstalten (Provinzial-Irrenanstalten, Provinzial-Hebammenlehranstalten usw.) von den zuständigen Regierungs- und Medizinalräten mindestens einmal jährlich sowie aus besonders dringenden Anlässen unvermutet und nach denselben Grundsätzen besichtigt werden, wie sie im § 100 der Dienstanweisung für die Kreisärzte hinsichtlich der Besichtigung der übrigen Krankenanstalten vorgesehen sind. Die Kosten dieser Besichtigungen sind auf die Staatskasse zu übernehmen.

Zu den Besichtigungen der Provinzial-Irrenanstalten ist tunlichst in allen Fällen neben dem Regierungs- und Medizinalrat ein angesehener Irrenarzt als besonderer Sachverständiger hinzuzuziehen. Die Auswahl dieser psychiatrischen Sachverständigen, die am besten im Einvernehmen mit dem zuständigen Regierungspräsidenten und nach Anhörung der Ärztekammer geschieht, will

ich bis auf weiteres den Herren Oberpräsidenten überlassen; doch bemerke ich, daß die Heranziehung von Irrenärzten, die im Dienste der betreffenden Provinzialverwaltung stehen, zu diesen Besichtigungen aus naheliegenden Gründen nicht wünschenswert ist, daß aber gegen die etwaige Beteiligung ärztlicher Leiter von Irrenanstalten einer benachbarten Provinzialverwaltung nichts einzuwenden sein würde.

Mit Rücksicht darauf, daß nicht selten in mir zugehenden Eingaben sowie gelegentlich in der Öffentlichkeit lebhafte, in den meisten Fällen offenbar unberechtigte Vorwürfe gegen die Verwaltungen einzelner öffentlicher Irrenanstalten sowie gegen die ärztliche Behandlung der Geisteskranken in solchen Anstalten erhoben werden, sollen sich die Sachverständigen bei den Besichtigungen unter entsprechender Anpassung an die besonderen Verhältnisse der öffentlichen Irrenanstalten im allgemeinen an die Grundsätze anlehnen, die in dem Ministerialerlaß vom 26. März 1901, betr. Unterbringung von Geisteskranken in Privatanstalten, und zwar in den besonderen Vorschriften über die Ausführung der Besichtigungen der dort genannten Anstalten (Min.-Bl. f. Med.-Ang. 1901, S. 104 bis 109) enthalten sind.

Zum 1. März jedes Jahres ist mir eine Übersicht über sämtliche im abgelaufenen Jahre erfolgten Besichtigungen der Provinzialkrankenanstalten vorzulegen, aus denen die Namen der Anstalten, Zeitpunkt jeder Besichtigung, Namen der beteiligten Medizinalbeamten und sonstigen Sachverständigen sowie die Ergebnisse der einzelnen Besichtigungen zu entnehmen sind. Soweit in einem Fall besonders schwere Mängel in einer Provinzialkrankenanstalt festgestellt werden sollten, ist mir hierüber eingehend zu berichten.

Hinsichtlich der bei dem Auftreten übertragbarer Krankheiten in Provinzialkrankenanstalten vorzunehmenden besonderen amtsärztlichen Ermittelungen verweise ich auf den Runderlaß der Minister des Innern — II a 5968 — und der geistl., Unterr. u. Med.-Ang. — M 12897 — vom 19. Juli 1906 (Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 313).

Wegen des künftigen Verfahrens der amtsärztlichen Besichtigungen der Johanniterkrankenhäuser ergeht demnächst besonderer Erlaß.

Personalnachrichten.

— **Berichtigung.** Bei dem zum Regierungsrat und psychiatrischen Beirat in der Abteilung für Volksgesundheit im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt ernannten Dr. Beyer handelt es sich nicht, wie irrtümlich Seite 117 in Nr. 13-14 dieser Wochenschrift angegeben, um Sanitätsrat Direktor Dr. Beyer in Roderbirken, sondern um den bisherigen Ober- und Abteilungsarzt Dr. Beyer. Bisheriger Wohnort desselben ist in der Zeitschrift für Medizinalbeamte Nr. 12 nicht angegeben. Daher entstand der Irrtum.

— **Hannover.** In dem Ärztepersonal der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind folgende Ände-



ungen eingetreten: 1. Abteilungsarzt Dr. Bartsch von der Anstalt in Lüneburg ist mit dem 1. Januar 1920 aus dem Dienst der hiesigen Provinzialverwaltung ausgeschieden. 2. Abteilungsarzt Dr. Pförtner von der Anstalt in Göttingen ist in gleicher Eigenschaft zum . Mai 1920 nach Lüneburg versetzt.

Haustechnische Rundschau. Zeitschrift für Haus- und Gemeindetechnik, für Heizung, Lüftung und Beleuchtung, Wasserversorgung, Abwasserbeseitigung und Kanalisation. Schriftleitung: Obering. Ritter, Hannover, und Prof. H. Chr. Nußbaum, Hannover. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Nr. 22 vom 15. April enthält folgende Aufsätze: Die Berechnung der Wärmeverlustzahlen. Ersparnisse beim Bau von Zentralheizungen. Die Berechnung der Wärmeverluste. Verschiedenes.

Nr. 23 vom 1. Juni: Der Stand der Zentralheizungs-Industrie und die Brennstoffknappheit. Neue Kohlensparer für Hausbrandfeuerungen. Zeitschriftenschau (Zählerheizung; die nächsten Aufgaben der Heizungstechnik). Verschiedenes.

Nr. 24 vom 15. Juni: Ersatzbauweisen. Zeitschriftenschau (Zur Heizung, besonders in Kleinhäusern). Wirtschaftliches.

Diese Nummer enthält einen Prospekt der Firma **Verlag von Georg Thieme in Leipzig,** welchen wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Nr. 17/18. 31. Juli **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

halt:

Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten?

Referat, erstattet der Hamburger Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (27. und 28. Mai 1920)

durch Medizinalrat Dr. **Kolb**, Erlangen.

)en Vorzug des Referates verdanke ich wohl der kleinen Abhandlung über „Reform der enfürsorge" in Bd. 47 S. 137 Heft 1 bis 3 der eitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie". e Abhandlung wurde ausgelöst durch die Forrung des Achtstundentages; ich sagte mir: „Wie hr viel besser wäre unsere Position, wenn wir s Problem vorher hätten erörtern können, wenn ler Psychiater sich hätte überlegen können, wie eit und in welcher Form er den Wünschen der igestellten entgegenkommen darf, wenn er geußt hätte, wie die anderen Kollegen über die age denken. Konnten nicht jeden Tag ähnliche ue Probleme auftauchen?" Es ist vielleicht chste Weisheit, in der Jetztzeit nicht selbst Proeme in die Öffentlichkeit zu werfen, aber es äre unter allen Umständen höchste Torheit, sich cht vorzubereiten für den Fall, daß neue Proeme an uns herantreten würden. Es schien mir otwendig, daß festgestellt würde, welche Proeme zu erwarten seien, und es schien mir notendig, zunächst zum Nachdenken über diese Probleme anzuregen. Dabei mußte tunlichst verhütet werden, daß diese Probleme in die Öffentlichkeit drängen, bevor sie von den berufenen psychiatrischen Instanzen erörtert worden sind. Die Stellungnahme des einzelnen Psychiaters würde erleichtert und gefördert werden, wenn auch ein Weg zur Lösung dieser Probleme gezeigt würde. Wer sollte diese Aufgaben übernehmen? Ich dachte zunächst an den Vorstand unseres Vereins, mußte mir aber sagen: wenn unser Vorstand mit dem Gewichte seines Ansehens Probleme der Irrenfürsorge in die Fachpresse bringt, wird sich voraussichtlich die Öffentlichkeit dieser Probleme bemächtigen. Und dann: es ist wohl nicht zweckmäßig, wenn der Vorstand sich selbst und damit auch bis zu einem gewissen Grade den Verein von vorneherein auf gewisse Lösungen festgelegt. Es mußte also ein Einzelner die Aufgabe übernehmen. Da ich 1908 und 1911 über ähnliche Fragen unserem bayerischen Landesverein referiert und auch sonst auf diesem Gebiete gearbeitet habe, fast 15 Jahre Anstaltsvorstand bin, schien es mir nicht un-



bescheiden, an die Aufgabe heranzutreten. Um eine Erörterung in der Öffentlichkeit möglichst auszuschließen, wählte ich unter Umgehung des mir nahestehenden Marholdschen Verlages die Alzheimersche Zeitschrift, die dem Laien kaum zugänglich ist. Anregungen von Kollegen, die Abhandlung Behörden vorzulegen, habe ich abratend beantwortet, da ich zuerst Erörterung vor unserem wissenschaftlichen Forum für notwendig hielt. Daß bei meiner Veröffentlichung auch der Wunsch maßgebend war, Wege, die ich für notwendig und richtig halte, der kollegialen Diskussion zu unterstellen, ist selbstverständlich. Allen Kollegen, die mich durch ihre teilweise ausführliche und höchst interessante Beantwortung meiner Rundfragen unterstützt haben, danke ich herzlich; wenn mir meine Aufgabe gelingen sollte, wäre das zu einem erheblichen Teile ihr Verdienst.

Auf meine Rundfrage sind Antworten eingelaufen von 67 Anstaltsvorständen und von 183 Irrenärzten aus 44 Anstalten.

Als eindeutig abgelehnt betrachte ich den stellvertretenden Direktor, dem nur 32,8 v. H. der Direktoren und 39,8 v. H. der Ärzte zustimmten oder im Prinzipe zustimmten, während 47,7 v. H. der Direktoren und 47,0 v. H. der Ärzte ihn ablehnten; ich freue mich, daß auch die jüngere Generation diesen Gedanken abgelehnt hat insoferne, als diese Ablehnung mir zu beweisen scheint, daß unser psychiatrischer Nachwuchs berufliche Selbständigkeit höher schätzt als die Schaffung einer Vorrückungsstelle, das ehrt unsere jüngeren Freunde. Ich habe in den Vorschlägen, die ich heute vorzulegen die Ehre habe, nur den, wie mir scheinen möchte, berechtigten Kern des Vorschlages beibehalten (vgl. Ziffer 13 der Leitsätze).

Der Vorschlag eines Kreisirrenarztes fand Zustimmung oder bedingte Zustimmung bei 47,4 v. H. der Direktoren und 54,6 v. H. der Ärzte, Ablehnung bei 31,3 v. H. der Direktoren und 32,2 v. H. der Ärzte.

Der Vorschlag eines Landesirrenarztes ergab 64,2 und 76,5 v. H. Zustimmung, 24,4 und 19,7 v. H. Ablehnung.

Ich habe mich bemüht meine Vorschläge zu ergänzen dadurch, daß ich die Mitwirkung aller Kollegen, und zwar beim Anstaltsvorstand die Mitwirkung des Ärztekollegiums, beim Landes-(Provinzial-)Irrenarzte die Mitwirkung einer psychiatrischen Landeskommission, in welcher Standesorganisation, Kliniker und tunlichst auch Privatanstaltsärzte vertreten sein sollten, Ihnen vorschlage (vergl. Ziff. 13 und 20).

Das Ärztekollegium fand Zustimmung oder bedingte Zustimmung bei 52,5 v. H. der Direktoren und 72,1 v. H. der Ärzte, Ablehnung bei 25,4 v. H. der Direktoren und 14,8 v. H. der Ärzte; ich glaube an dem Gedanken mit kleinen Änderungen festhalten zu sollen (vgl. Ziffer 9).

Der Gedanke der Schutzgerichte fand Zustimmung oder bedingte Zustimmung bei 49,2 v. H. der Direktoren und 63,9 v. H. der Ärzte, Ablehnung bei 38,8 v. H. der Direktoren und 34,4 v. H. der Ärzte; der große Prozentsatz ablehnender Antworten zeigte, daß eine starke und entschiedene Gegnerschaft bestand. Ich habe mich bemüht in dieser Frage, die entschieden noch der monographischen Bearbeitung bedarf, heute detaillierte Vorschläge zu vermeiden, da mir besonders hinsichtlich der Kompetenzen, die das Schutzgericht der Anstalt gegenüber haben soll, Bedenken berechtigter Art gegenüber meinem ersten Vorschlag zu bestehen scheinen; ich werde einen Vorschlag bringen, der eine stärkere Beteiligung der Ärzte bei der Prüfung der Frage einer widerrechtlichen Zurückhaltung oder einer ungeeigneten Behandlung in der Anstalt vorsieht und der ohne neue gesetzliche Bestimmungen, besonders ohne sofortige gesetzliche Bindung vielfach gangbar sein dürfte (vgl. Ziffer 16 und Psych. neur. Wochenschr. 1919-20 Seite 36 II e).

Unterstützungsbeiträge, Verpflegsgeldnachlaß, Erhöhung des Verpflegsgeldes I. und II. Klasse fanden verhältnismäßig wenig Gegner und ziemlich gleiche Zustimmung bei 70 bis 75 v. H. der Ärzte, Zuziehung des Personals und Aufklärung des Publikums bei rund 90 v. H.

Besonders freudig begrüße ich es, daß die Fürsorge außerhalb der Anstalt, in der ich das psychiatrische Problem der nächsten Dezennien erblicke, Zustimmung oder bedingte Zustimmung gefunden hat bei 83,6 v. H. der Direktoren, 94,9 v. H. der Ärzte, Ablehnung dagegen nur bei 5,9 v. H. der Direktoren und 3,8 v. H. der Ärzte (vgl. Ziffer 11).

Das Referatthema wirft eine Reihe von Fragen auf, von denen viele eine monographische Bearbeitung erfordern würden; ich muß mich daher vielfach darauf beschränken, Fragen oder deren Lösungen nur anzudeuten und im übrigen auf meine kleine Abhandlung über „Reform der Irrenfürsorge" zu verweisen.

1. Änderungen im Betriebe unserer Anstalten können geboten sein durch gesetzliche Bestim-



mungen, durch neue Aufgaben der Irrenfürsorge, durch den wirtschaftlichen Tiefstand, durch die Lehren des Weltkrieges.

Bevor ich auf die einzelnen Punkte eingehe, scheint mir notwendig, einige Grundsätze Ihnen vorzutragen.

2. Bei der Verschiedenheit der Verhältnisse in den einzelnen Anstalten kann nicht die Rede davon sein, allgemein gleiche Änderungen vorzuschlagen. Aufgabe des Referenten kann nur sein: Ziele und Wege zu diesen Zielen zu zeigen. Die Entscheidung, welche Ziele anzustreben sind, muß im wesentlichen der Versammlung, die Wahl der Wege muß im wesentlichen den einzelnen Anstalten überlassen bleiben. —

Jede Schablone birgt ebenso wie jede zu weit gehende Zentralisation Gefahren in sich für die Irrenfürsorge und besonders für unsere Anstalten, die sich nur dann organisch weiter entwickeln können, wenn ihnen die Möglichkeit der ergiebigen Berücksichtigung örtlicher und persönlicher Verhältnisse und damit eine gewisse Freiheit der individuellen Entwicklung entsprechend diesen Verhältnissen gesichert ist.

Jede Zentralisation bedingt vor allem eine Steigerung der größten Gefahr, die unseren Anstalten, der Irrenfürsorge und unserem psychiatrischen Nachwuchs droht: der Gefahr der Zusammenlegung der Anstalten. Wäre die Irrenfürsorge zentralisiert, so hätten alle Anstalten die 48-Stundenwoche des Pflegepersonals. Bevor wir eine Übernahme der Irrenfürsorge auf die Länder oder gar auf das Reich beantragen, wollen wir doch die möglichen Vorzüge und Nachteile recht sorgfältig gegeneinander abwägen und prüfen, ob nicht vielleicht nur eine Übernahme der Personalexigenz der Anstalten auf die Länder möglich und angezeigt wäre. —

Die erprobte Grundlage der Organisation unserer Anstalten darf nicht angetastet werden, vor allem nicht der Grundsatz der ärztlichen Leitung nach einheitlichen Gesichtspunkten, da diese allein Gewähr bietet, daß das Wohl der Kranken stets das oberste Gesetz in der Anstalt bleibt.

Notwendige Änderungen sollten tunlichst ohne Beanspruchung der Gesetzgebung und des Verordnungsweges angestrebt werden. Es ist leicht, neue Gesetze und Verordnungen herbeizuführen; es ist aber unmöglich, abzusehen, ob die Gesetze und Verordnungen auch so ausfallen, wie die Interessen der Irrenfürsorge es erfordern. Es darf nicht übersehen werden, daß die jetzigen Bestimmungen dem tüchtigen Psychiater fast überall eine Bewegungsfreiheit lassen, deren Verlust möglich und für die Irrenfürsorge vielleicht schädlicher wäre, als die Einführung neuer Bestimmungen nützlich.

Und darum rate ich, unter allen Umständen sich vorbereiten auf Probleme, die an uns herantreten, aber äußerste Zurückhaltung üben in der Anregung vor der Öffentlichkeit. —

Reformen in den Anstalten und in der Irrenfürsorge lassen sich anregen, fördern, aber sie lassen sich nicht befehlen oder durch Vereinsbeschlüsse herbeiführen; sie lassen sich keinesfalls aus dem Boden stampfen, sondern sie müssen sich unter Berücksichtigung aller individuellen Verhältnisse allmählich organisch entwickeln.

Diese Entwicklung ist nur da möglich, wo die Psychiater von der Zweckmäßigkeit der Reform durchdrungen und bereit sind, in harter systematischer Arbeit die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen und zu entwickeln.

Das beste Mittel, eine Reform zu Falle zu bringen, wäre: eine umständliche Organisation, neue Stellen, weitgehende Gesetzesänderungen, Bereitstellung von Mitteln zu fordern, ohne auf erzielte Vorteile hinweisen zu können. Alle meine Vorschläge gehen davon aus, daß wir Psychiater zunächst von uns aus, im Rahmen der jetzigen Gesetze mit schon vorhandenen Kräften und Mitteln die vorgeschlagenen Änderungen durchführen oder anbahnen sollten da, wo die Mehrzahl der Ärzte diese Änderungen befürwortet. Wer einen externen Oberarzt verlangen würde, bevor in jahrelanger harter und verantwortungsvoller Arbeit einige Hundert externe Kranke gesammelt und alle die übrigen Voraussetzungen für den externen Dienst erfüllt sind, würde kaum Erfolge erleben. —

Die Wirksamkeit einer Anstalt beruht auf dem ausgeglichenen Spiele der in ihr vereinigten Kräfte; ebenso wenig wie im Staatsbetriebe geht es in dem kleineren Anstaltsbetriebe an, einen Faktor durch Beschluß oder durch Bestimmungen auszuschalten oder ihm eine erhöhte Bedeutung zu verleihen, ohne gleichzeitig für einen gewissen Ausgleich zu sorgen. —

Auch in der Psychiatrie sollte man eine befriedigende Lösung, die ohne Konflikt erreichbar ist, im allgemeinen einer besseren, aber nur unter schweren Konflikten erreichbaren Lösung vorziehen. Auch in der Psychiatrie gibt es aber einen



Punkt, wo Taktik und Diplomatie enden. Ich meine, daß die Diplomatie da enden muß, wo lebenswichtige Interessen unserer Kranken bedroht sind und ich meine, daß die Forderung eines mechanischen Schichtwechsels während des Tagesdienstes und einer zu weitgehenden Beschränkung der Dienstzeit zu diesen Forderungen gehört; ein solcher Schichtwechsel, eine solche Einschränkung kann uns aufgezwungen werden, aber keine Macht der Erde sollte uns zwingen, sie für ärztlich zulässig zu erklären, soferne wir sie nicht für ärztlich zulässig halten. —

Änderungen des Betriebes können veranlaßt sein durch gesetzliche Bestimmungen.

Man könnte einwenden: „Wozu gesetzliche Bestimmungen besprechen? sie müssen einfach ausgeführt werden."

Besprechung ist notwendig aus zwei Gründen:

1. Gesetzliche Bestimmungen haben vielfach einen Einfluß auf den Betrieb, der in seinen Wirkungen und hinsichtlich der Möglichkeit, diese Wirkungen den Verhältnissen tunlichst anzupassen, eine Besprechung bedingt.

2. Gesetze können wieder geändert werden.

Die Geschichte lehrt, daß nicht alles, was ein Umsturz bringt, dauernd ist; das Gute und Richtige kann sich behaupten, das Ungesunde stößt sich ab. Pflicht des Wissenschafters ist es, das Lebensfähige von dem Ungesunden möglichst bald zu trennen und die Erhaltung des Gesunden, die Beseitigung des Nichtlebensfähigen anzustreben.

A. Gesetzliche Bestimmungen über Verkürzung der Arbeitszeit.

3. Von den gesetzlichen Bestimmungen greift am tiefsten in den Anstaltsbetrieb ein der Achtstundentag.

Der reine Achtstundentag für das Pflegepersonal ist unmöglich. Bei der Eigenart der Geisteskranken — die vielfach nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, über ihren Zustand selbst zu berichten, besonderen Gefahren (Selbstmord, ungenügende Nahrungsaufnahme, Druckbrand, Verschlucken, Verwahrlosung usw.) ausgesetzt sind — birgt auch die 48-Stundenwoche des Pflegepersonals so viele Nachteile in sich für Geist, Leistungen, Sicherheit und Ehrlichkeit des Betriebes, daß ihre Durchführung auf die Dauer als ärztlich nicht zulässig bezeichnet werden muß.

Alle amtlichen Stellen betonen mit Recht, daß nur Arbeit uns retten kann. Führer aus allen politischen Parteien haben Bedenken gegen eine für alle Berufe gleiche Arbeitszeit, gegen die Achtstundentagschablone geäußert. Vielfach haben sich Arbeiter mit Rücksicht auf die Not der Zeit zu Mehrleistungen freiwillig bereit erklärt. Für die Beamten ist eine Mindestarbeitszeit von 48 Stunden vorgesehen.

Und zu diesem Zeitpunkt, in dem allgemein die Erkenntnis sich Bahn bricht, daß nur Mehrarbeit uns retten kann und in dem weite Kreise unseres Volkes zu dieser Mehrarbeit opferwillig bereit sind, wird davon gesprochen, in unseren Irrenanstalten die 48-Stundenwoche einzuführen.

Die Einführung wäre gleich unheilvoll für unsere Kranken, für unsere Irrenanstalten, für die Allgemeinheit, für das Irrenpflegepersonal.

Unsere Kranken würden am Tage drei verschiedenen Pflegern, einem für den Vormittag, dem zweiten für den Nachmittag, dem dritten für die Nacht anvertraut werden. Der Kranke wird zur Nummer; die gerade im Irrendienste unentbehrliche Anbahnung persönlicher Beziehungen zwischen Kranken und Pfleger wird praktisch fast unmöglich gemacht; der häufige Wechsel wird von manchen Kranken sehr unangenehm empfunden; die Lückenlosigkeit der Berichterstattung und Pflege wird auf das schwerste gefährdet, trotzdem sie gerade bei den hilflosen Geisteskranken besonders notwendig wäre, die nicht selbst über ihren Zustand berichten, nicht selbst für sich sorgen können, besonderen Gefahren (Selbstmord, ungenügende Nahrungsaufnahme, Druckbrand, Verschlucken, Verwahrlosung usw.) ausgesetzt sind. Es wird praktisch fast unmöglich gemacht, für Verfehlungen, Pflichtversäumnisse bestimmte Pfleger haftbar zu machen, da jeder von den drei Pflegern, denen der Kranke im Laufe des Tages anvertraut ist, in praktisch nicht aufklärbarer Weise die Schuld dem anderen beimessen wird. Der Betrieb wird durch die Vermehrung des Personals zunehmend unübersichtlich. Die Interessen des Pflegepersonals müssen naturgemäß allmählich die Interessen der Kranken überwuchern; der Direktor geht in Personalangelegenheiten auf, statt sich den Kranken widmen zu können. Die Wahrung der in einer Irrenanstalt doppelt notwendigen — jetzt an sich erschwerten — absoluten Ehrlichkeit wird doppelt schwierig. Die Gefahr, daß Pflegepersonen nicht ausgeruht, sondern übermüdet durch Arbeit oder Vergnügungen, alkoholisiert, geschlechtlich angesteckt, in gravidem Zustande ihren Dienst antreten oder versehen, wird erheb-

ch gesteigert. Wer gesehen hat, wie unsere chlecht ernährten Geisteskranken ihren Hunger iit Gras, Laub, Baumrinde zu stillen trachten, der ird verstehen, daß wir Ärzte Bedenken tragen, erade in der Jetztzeit, bei der allgemeinen Lockeung der Moral, wieder eine Vermehrung des Pflepersonals eintreten zu lassen, wie sie die 48-tundenwoche bedingen würde, wieder Dutzende on völlig unerprobten Leuten in den Pflegedienst inzustellen, von denen wir nicht wissen, ob sie ich von dem so kärglich bemessenen Essen unser Kranken fernhalten werden. Die Tuberkulose errscht in beängstigendem Grade in unseren Antalten — und trotzdem müssen wir auch in der ärmeren Jahreszeit die Kranken enge zusammengen, um Pflegerzahl und Unübersichtlichkeit nicht is ungemessene steigen zu lassen.

Der Allgemeinheit bringt der Achtstunentag im Irrenwesen eine schwere Belastung: Während vor 20 bis 30 Jahren auf acht bis zehn ranke ein Pfleger traf, würde jetzt, trotzdem der Dienst seitdem wesentlich leichter geworden ist, uf 2 bis 3½ Kranke ein Pfleger treffen. In Deutschland würden gegenüber der Zeit vor dem riege rund 16000, in Bayern rund 1600 Menchen im schaffenskräftigsten Alter der Produkion entzogen werden unter jährlicher Mehrbestung der öffentlichen Ausgaben um 128 Millioen in Deutschland, um 12 Millionen in Bayern. ür jeden Kranken würden 2300 bis 4000 Mark ahresausgaben allein für Pfleger, d. h. eine Tagesusgabe von 7 bis 11 Mark erwachsen. Der Geamtaufwand für einen Kranken, der vor dem riege etwa 700 bis 1000 Mark im Jahre, d. h. 2 is 3 Mark im Tage betrug, würde jetzt schon auf 000 bis 8000 Mark im Jahre, auf 17 bis 23 Mark n Tage steigen — und neue beträchtliche Ausabemehrungen stehen bevor; das Verpflegsgeld ürde eine Höhe erreichen, die den Minderbemitlten die Benützung unserer öffentlichen Anstalten nmöglich machen würde. Die Bevölkerung würde it schweren Psychopathen und leicht Geistesranken überschwemmt werden, d. h. mit jenen lenschen, die — wie die Räteherrschaft in Münen gezeigt hat — einen Teil der Führer und der efolgschaft für Putsche stellen und Milliardenerte bedrohen können.

Und der Nutzen für das Pflegepersonal? ur kurz möchte ich andeuten, daß die Häufung er Freizeiten Sparkraft und Sparwillen besonders er jüngeren Pflegerinnen schwächt, sie in erhöhm Maße sittlichen und gesundheitlichen Gefahren ıssetzt, die auch für unsere Kranken und für den uf unserer Anstalten bedenklich sind; ich will nur andeuten, daß auf dem Lande und in kleineren Städten leider eine wahre Erbitterung wegen der vielen Freizeit bei relativ sehr guter Bezahlung gegen unser Pflegepersonal hoch wächst. Dazu kommt: Das Pflegepersonal gefährdet direkt seine Existenz; mit zunehmender Höhe des Verpflegsgeldes werden unsere Anstalten sich entvölkern, zumal wenn diese Zunahme der Kosten Hand in Hand gehen wird mit einer so gewaltigen Abnahme der Leistungen, wie sie die Einführung des Achtstundentages im Gefolge haben muß. Die Entvölkerung der Anstalten und die Einführung anderer, neuer Formen der Pflege, die wir Psychiater im Interesse unserer Kranken vielfach werden anstreben müssen, wird beträchtliche Teile des jetzigen Pflegepersonals entbehrlich machen, die dann zu spät einsehen werden, daß sie durch Forderungen, die auf die Dauer mit dem Wesen der Irrenfürsorge unverträglich sind, den Ast zum Absterben gebracht haben, auf dem sie bisher recht gut geborgen waren. Und auch da, wo das bisherige Pflegepersonal bleiben wird, wird seine Stellung heruntergedrückt werden: es ist ohne weiteres klar, daß bei dem heutigen wirtschaftlichen Tiefstand für ein um 80 bis 100 v. H. vermehrtes Pflegepersonal eine Erhöhung seiner Lohnverhältnisse wesentlich schwieriger zu erreichen sein wird, als für ein weniger zahlreiches Pflegepersonal. Ein nicht kleiner Teil des Pflegepersonales sieht das alles auch ein und strebt die 48-Stundenwoche gar nicht an, ein größerer Teil ist bereit, in Rücksicht auf die Not der Zeit, seine Forderung zurückzustellen.

Es ist menschlich nicht unverständlich, daß der Rest des Pflegepersonales Gleichstellung mit den Arbeitern anstrebt trotz der Tatsache, daß der Dienst des Pflegers vielfach nicht in Arbeit, sondern in Dienstpräsenz besteht und trotz der Tatsache, daß ihm schon fast überall Rechte eingeräumt sind, die weit über die Rechte des Arbeiters hinausgehen; Pflicht des Arztes ist es, diesen Bestrebungen gegenüber zu betonen, daß im Krankendienste die Rechte da enden müssen, wo höhere Pflichten den Kranken gegenüber beginnen. Bei richtiger Einteilung des Dienstes ist eine Beschränkung der Dienstpräsenz unter die jetzt meist eingeführte Dauer nicht notwendig; wenn der Krankendienst eine mehr als 48stündige Dienstpräsenz verlangt — und er tut es, wie die Nachteile schon der gegenwärtig durchgeführten Verkürzung der Dienstzeit beweisen — dann muß gerade so wie in der Landwirtschaft und beim Hausgesinde diese längere Dienstpräsenz eben geleistet werden, zumal da wir in der Lage und

willens sind, dem Pflegepersonal für diese Mehrleistungen durch besondere Vorrechte (baldige Ernennung zum Beamten, längerer Urlaub, tunlichst auch Siedelung usw.) einen viel besseren Ausgleich zu bieten, als er dem landwirtschaftlichen Personal und den Hausangestellten gewährt werden kann, und zumal da wir willens sind, dem Krankenpersonal jede mit dem Krankendienst vereinbare Rücksichtnahme zu gewähren.

Die Frage lautet: „Muß in einer Krankenanstalt das Wohl der Kranken oder sollen Wünsche der Angestellten, deren Erfüllung den Angestellten kleine Vorteile und große Gefahren bringen würde, das oberste Gesetz sein?"

Unsere Pfleger sind in der großen Mehrzahl wackere und tüchtige Leute, und besonders unter den älteren befinden sich viele hervorragende Kräfte; gerade in ihrem wohlverstandenen Interesse sollte eine weitere Verkürzung der Dienstzeit abgelehnt werden.

Bei entsprechender Regelung der Dienstverhältnisse ist der Achtstundentag im Pflegedienste, der vielfach nur in *Dienstpräsenz* besteht, nicht notwendig. In den Abteilungen, in denen der Dienst anstrengend ist, ist durch regelmäßigen Wechsel für einen gerechten Ausgleich zu sorgen.

Während der Achtstundentag in Industrie und Verwaltung eine Personalvermehrung um 30 bis 40 v. H. gegenüber den Verhältnissen vor dem Kriege bedingte, würde er in der Irrenpflege eine Vermehrung um rund 100 v. H. zur Folge haben. Diese Vermehrung würde, zur Zeit des größten wirtschaftlichen Tiefstandes allgemein durchgeführt, Verpflegssätze und Verhältnisse bedingen, welche die Frequenz der Anstalten erheblich beeinträchtigen, die Existenz des Berufspflegepersonals in seiner jetzigen Form und Ausdehnung gefährden, Stellung und Besoldung des Pflegepersonals relativ herunterdrücken würden.

Die Einführung der 48-Stundenwoche widerstreitet den Interessen der Kranken, der Anstalten, der Irrenfürsorge, der Allgemeinheit ebenso wie den wohlverstandenen Interessen unseres Pflegepersonales in ähnlicher Weise, wie ihre Einführung in der Landwirtschaft oder beim Hausgesinde den Interessen Aller widersprechen würde.

Die 65-Stunden-, vielleicht auch noch die 60-Stundenwoche ist die äußerste voraussichtlich dauernd ärztlich noch zulässige, wenn auch keineswegs ärztlich unbedenkliche Verkürzung der Dienstpräsenz.

4. *Es ist ein Gebot der Gerechtigkeit, dem in der unmittelbaren Krankenpflege tätigen Pflegepersonale als Ersatz für die besonderen Lasten und Pflichten seines Berufes besondere Rechte zu sichern hinsichtlich Stellung, Besoldung, Urlaub, Siedelung.*

Nach Abschluß der Ausbildung (zwei bis drei Jahre) Gleichstellung mit den Handwerkern; Anspruch auf Ruhegehalt; Sicherung der Stellung.

Nach längerer, eine gründliche Ausbildung und Auslese gestattenden Dienstzeit (mindestens fünf Jahre bei den Pflegern, fünf bis zehn Jahre bei den Pflegerinnen) Einreihung aller geeigneten Pflegepersonen in eine Beamtenklasse; Gewährung eines längeren Urlaubes usw.

Es erscheint ferner angezeigt, den verheirateten Pflegern mit längerer Dienstzeit auf Antrag in tunlichst großem Umfange das Ausscheiden aus der Verpflegung, d. h. die Einnahme der Mahlzeiten mit der Familie und das Schlafen bei der Familie zu ermöglichen und Siedelungsmöglichkeit in der Nähe der Anstalt zu sichern.

Nur kurz möchte ich die Frage des *Pflegerstreikes in einer Irrenanstalt* streifen. Ich halte die Nachteile und Gefahren, die ein solcher seiner Natur nach vorübergehender Streik für die Kranken bedingen würde, für ganz unendlich geringer, als Nachteile und Gefahren einer dauernden zu weitgehenden Einschränkung der Dienstzeit. Bei der Streikfrage ist zu berücksichtigen:

1. Die Irrenanstalten sind lebenswichtige Betriebe.

2. *Die rechtlichen Verhältnisse im Falle eines Pflegerstreikes* stellen sich wohl folgendermaßen dar:

Die Pfleger unserer öffentlichen Anstalten sind nach den tatsächlichen Verhältnissen nicht Arbeiter, sondern Beamte: sie sind im mittelbaren Dienste eines Bundesstaates angestellt, sie sind in gesetzlicher Weise berufen als Organ der Staatsgewalt unter öffentlicher Autorität für die Herbeiführung der Staatszwecke in selbständiger Weise tätig zu sein (StGB. § 359); sie erhalten nach einigen Jahren fast allgemein eine praktisch der Unwiderruflichkeit der Staatsbeamten fast gleichkommende Sicherung ihrer Stellung; sie werden vielfach nach einer gewissen Dienstzeit in Klassen des Gehaltsregulativs der Staatsbeamten eingereiht; sie erwerben nach einer recht kurzen Dienstzeit Rechtsanspruch auf Pension und Versorgung der Hinterbliebenen; sie beziehen vielfach im Krankheitsfalle 26 Wochen lang ihren vollen Lohn; sie werden in der Regel durch den Anstaltsvorstand verpflichtet; ihre Tätigkeit besteht nur zu einem kleinen Teile in Handarbeit, im wesentlichen aber in Aufsicht und Pflege. Diese Vorrechte, die der Irrenpfleger weit über die dem Arbeiter eingeräumten Rechte hinaus genießt, bedingen besondere Pflichten, vor allem die

Pflicht, das Wohl der Allgemeinheit und besonders das Wohl der ihnen anvertrauten Kranken als oberstes Gesetz des Handelns anzuerkennen.

Ein Pflegerstreik in einer öffentlichen Anstalt könnte dazu führen, daß Dutzende von gemeingefährlichen, zu Mord, Brandstiftung, Sittlichkeitsverbrechen neigenden Geisteskranken entweichen würden; er würde zu einer schweren Gefährdung der Umgebung der Anstalt, zu einer schweren Gefährdung eines Teiles der entwichenen Kranken und könnte in der Anstalt selbst zu einer in vielen Fällen lebensgefährlichen Verwahrlosung der Kranken führen.

Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, daß Angestellte ein Streikrecht nicht besitzen können, deren Streik einen Tatbestand darstellen oder zur Folge haben würde, der gesetzlich mit Strafe bedroht ist: Art. 81 des bayer. PStGB. bedroht mit Geld- oder Haftstrafe jeden, der ihm anvertraute Kranke, Blödsinnige oder andere hilflose Personen in bezug auf Schutz, Aufsicht, Verpflegung verwahrlost. Nach § 347 Abs. 2 StGB. wird ein Beamter, der die Entweichung eines Gefangenen, dessen Beaufsichtigung ihm anvertraut ist, durch Fahrlässigkeit befördert oder erleichtert, mit Gefängnis bis zu 6 Monaten oder mit Geld bis zu 600 M bestraft; wegen Gemeingefährlichkeit in eine Irrenanstalt eingelieferte Geisteskranke, ferner zur Beobachtung ihres Geisteszustandes vom Gericht, endlich aus dem Strafvollzuge eingewiesene Geisteskranke sind Gefangene, die Pfleger und Beamte im Sinne des StGB. Die mit Bestimmtheit zu erwartende Entweichung gemeingefährlicher Kranker im Falle eines Pflegerstreikes dürfte, da die Folge der Entweichung sich klar voraussehen läßt, mindestens als fahrlässige Erleichterung der Entweichung anzusehen sein. Aus der gerichtlichen Bestrafung, ferner aus § 832 des BGB. würde sich ferner für die streikenden Pfleger die Verpflichtung ergeben, den Schaden zu ersetzen, den ein infolge von Streik entwichener oder verwahrloster Geisteskranker einem Dritten widerrechtlich zufügen würde; ferner nach § 823 BGB. den Schaden, den ein infolge des Streikes entwichener oder verwahrloster Geisteskranker selbst erleiden würde; der Anstifter des Streikes hat nach § 48 des StGB. Bestrafung zu erwarten und kann zum Ersatz des Schadens in der gleichen Weise herangezogen werden wie der streikende Pfleger (§ 830 BGB.).

Der streikende Pfleger und die Persönlichkeit, die etwa den Pfleger zum Streik angestiftet hat, können also strafrechtlich und zivilrechtlich für die aus dem Streike etwa erwachsenden Folgen haftbar gemacht werden, die besonders hinsichtlich der Haftpflicht außerordentlich schwere sein können.

3. Im Streikfalle würden Ärzte und Beamte, unterstützt durch ihre Familien, durch geeignete Kranke und durch geeignete Angehörige von Kranken in der Regel im Stande sein, den Dienst so weit durchzuführen, daß sich schwere Schädigung der Kranken vermeiden ließe, dagegen ist es zweifelhaft, ob es überall gelingen würde, eine Schädigung und Gefährdung der Allgemeinheit zu verhüten.

4. Die Heranziehung von Angehörigen empfiehlt sich schon deswegen, weil deren natürliches Recht, kranke Verwandte zu pflegen, wohl von niemand bestritten werden kann, so daß die Gefahr, sie als Streikbrecher behandelt zu sehen, gering sein dürfte.

Bei der W ü r d i g u n g d e r S t r e i k g e f a h r ist zu berücksichtigen:

Im Volke lebt ein Mißtrauen und eine Abneigung gegen das Pflegepersonal, von deren Größe sich nur der eine Vorstellung macht, der in regem Verkehr mit den Angehörigen der Kranken steht; ich halte die Verallgemeinerung dieses Mißtrauens und dieser Abneigung für völlig ungerechtfertigt, aber das Pflegepersonal wird mit dieser Tatsache bei einem Streik zu rechnen haben.

Der Pfleger hat ferner mit der Tatsache zu rechnen, daß der Pfleger dem eigentlichen Arbeiter nicht als Arbeiter, sondern als Beamter imponiert, und daß die minderbemittelten Kreise unseres Volkes sehr wohl wissen, daß die Nachteile und Gefahren einer Verschlechterung der Pflege und eines Streikes am meisten die seinen Kreisen angehörigen Kranken belasten würden, da reiche Angehörige stets die Möglichkeit haben, ihre Kranken vor diesen Nachteilen und Gefahren zu schützen.

(Fortsetzung folgt.)

Eingabe der Krankenhausärzte in Bezug auf die staatlich beabsichtigten Eingriffe in die Krankenhausbetriebe.

Im Namen der Vereinigung der Krankenhausärzte Deutschlands, welche die meisten, an den städtischen und Privatkrankenanstalten tätigen Ärzte umfaßt, hält sich der Vorstand für verpflichtet, gegen die in den Betrieb der Krankenanstalten scharf einschneidenden geplanten Gesetze Stellung zu nehmen.

Die beabsichtigte Einführung des Achtstundentages ist es in erster Linie, welche die Krankenhausärzte mit größter Sorge im Interesse der Patienten erfüllt.

Ganz allgemein ist unsere Auffassung, daß der obligate Achtstundentag für eine große Reihe von Betrieben nicht wegen Gefährdung der Gesundheit verlangt wurde. Vor dem Kriege sind Schädigungen durch längere Arbeitszeit in den meisten Betrieben nicht beobachtet worden. Überdies ist es sicher, daß von vielen, vielleicht den meisten Angestellten und Arbeitern die freigewordene Zeit zu anderen Arbeiten benutzt wird, während andere, besonders jugendliche Personen durch die übermäßig große freie Zeit zu unnützen Ausgaben



veranlaßt werden. Dann erachten wir die zwangsweise Einführung des Achtstundentages als einen Eingriff in die persönliche Freiheit, die von außerordentlich vielen Arbeitern als eine drückende Fessel empfunden wird. In der jetzigen Zeit, wo unser armes Vaterland so sehr darniederliegt und von allen Seiten immer und immer wieder betont wird, nur die Arbeit kann unser Vaterland wieder aufrichten, muß die gesetzliche Herabsetzung der Arbeitszeit für alle Betriebe eine schwere Schädigung des Arbeitsertrages herbeiführen und vielfach unnütze, stellenweise sogar große materielle Belastung dem Staate und den Kommunen auferlegen.

Zu den Betrieben, in denen der Achtstundentag keine Berechtigung hat, gehört sicherlich der Krankenhausbetrieb, ebenso auch wie die ambulante Krankenpflege. Hierbei ist zu bemerken, daß, wenn 48 Stunden in der Woche vorgesehen sind, nur mehr von einer 7 stündigen oder genauer gesagt 6 3/4 stündigen Arbeitszeit täglich gesprochen werden kann. Da der Kranke auch an Sonntagen krank und der Pflege bedürftig ist, sind die 48 Stunden auf 7 Tage zu verteilen, wenn nicht für den Sonntag ein besonderer Dienst vorgesehen werden soll. Jeder, der den Krankenhausbetrieb nur in etwa kennt, wird nicht bestreiten können, daß Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen während des Betriebes nicht andauernd tätig sind. Es ist ein beständiger Wechsel zwischen Arbeit und Ruhe vorhanden; zeitweise sitzen die Pflegerinnen ruhig am Bett eines Kranken, sie können währenddessen lesen, Handarbeiten machen. Dann kommen allerdings auch wieder Zeiten, wo sie angestrengter tätig sein müssen, aber im großen und ganzen kann im Krankenhaus, wie augenblicklich der Betrieb im allgemeinen ist, von einer Überanstrengung der Schwestern nicht die Rede sein. Es kann vielleicht eingewendet werden, daß es doch bekannt sei und zu allgemeinen Klagen geführt habe, daß vornehmlich die katholischen Ordensschwestern überbürdet wären und daß dadurch ihre Gesundheit erheblichen Schaden litte, wie auch die Statistik nachwiese. Dies wird nicht bestritten; wir müssen aber den Grund der höheren Morbidität und Mortalität bei den geistlichen Schwestern näher zu erforschen suchen. Derselbe besteht vornehmlich darin, daß die Schwestern neben ihrem Pflegeberuf einen größeren Teil des Tages auch noch durch ihre Ordenstätigkeit in Anspruch genommen werden, so daß die Zeit zum Schlafen und für Erholungspausen zu kurz bemessen wird. Kaum in einem Krankenhause mit geistlichen Schwestern ist bis vor kurzem für regelmäßige Erholung im Jahr Sorge getragen. Hinzu kommt dann noch vielfach eine völlig ungenügende Ernährung, zumal in den letzten Jahren, in denen die Schwestern in erster Linie für ihre Kranken gesorgt und zuletzt erst an sich gedacht haben. Indessen sind in dieser Hinsicht wesentliche Anordnungen von autoritativer Seite erlassen worden zur Behebung der oben erwähnten Mißstände und es ist nunmehr eine tägliche und jährliche Erholungszeit in genügendem Umfange eingeführt.

Unseres Erachtens wird allen Anforderungen bezüglich der Gesundheit des Krankenpflegepersonals Genüge geleistet, wenn dafür gesorgt ist, daß nach dem Essen eine Ruhepause eintritt und eine genügende Nachtruhe gewährleistet ist, die für die meisten Schwestern nicht weniger als acht Stunden betragen darf. Außerdem muß für die Schwestern eine 14 tägige Erholungszeit im Jahr verlangt werden. Eine Besserung in der Ernährung der Schwestern ist als dringend wünschenswert zu bezeichnen und ist hoffentlich in der Zukunft auch zu erwarten. Werden diese Vorsichtsmaßregeln angewandt, so kann die Gesundheit der Schwestern, sowie des gesamten Krankenpflegepersonals durch das jetzige Betriebsverhältnis keinen Schaden erleiden. Ein Nochmehr zu erzwingen, ist im Interesse der Krankenpflege nicht erforderlich. Daher sehen wir, daß der achtstündige oder richtiger gesagt, der siebenstündige Arbeitstag auch von den Krankenpflegerinnen selbst im allgemeinen nicht verlangt wird, höchstens nur von einigen wenigen.

Zweifellos ist es, daß die Einführung des siebenstündigen Arbeitstages den Interessen der Kranken schwersten Abbruch tut. Dieser bedingt Dreischichtenwechsel. Bisher war nur ein Zweischichtenwechsel erforderlich für den Tag und für die Nacht. Die Nachtschwester hat im allgemeinen nicht so viel zu tun. Ihre Aufgabe beschränkt sich auf die Fürsorge für einige wenige Kranke, für die ihr die entsprechenden Anordnungen gegeben werden konnten. Ein Schichtenwechsel am Tage muß aber den größten Nachteil herbeiführen. Die Verständigung unter den Schwestern, die bei dem Zweischichtenwechsel schon hier und da versagte, wird bei dem Dreischichtenwechsel, von denen der eine in den Tag fällt, in den meisten Fällen praktisch unmöglich sein. Der leitende Arzt kann nur einmal Visite machen, kann daher auch nur einer Schwester bestimmte Anweisungen geben. Die zweite Schicht müßte ihre Anweisungen von der ersten erhalten; daß dies nur unvollkommen geschieht, ist ohne weiteres klar. Besonders große Schwierigkeiten ergeben sich noch aus diesem Dreischichtenwechsel für die Stationsvorsteho-



innen. Sie sind dem Arzte verantwortlich für illes, was auf der Station vorkommt, sie haben len Medikamentenschrank unter sich und sind verpflichtet zu sorgen, daß derselbe nicht von unberufenen Händen benutzt wird. Bei dem Dreischichtenwechsel müßten sie die Verantwortung für einen großen Teil des Tages ablehnen. Der Medikamentenschrank muß auch von der zweiten Schwester benutzt werden. Noch schlimmer liegen die Verhältnisse im Operationssaal. Nur eine Schwester kann demselben vorstehen und die volle Verantwortung tragen für die Desinfektion der Instrumente, des Verbandmaterials und dergleichen. Wenn stets für den Nachmittag eine andere Schwester wieder vorhanden ist, so ist jede Zuverlässigkeit und Sicherheit dahin. Es wird ein heilloses Durcheinander geben. Gleich schwierig, ja unmöglich ist die Durchführung des siebenstündigen Arbeitstages bei denjenigen Krankenpflegerinnen, die eine Spezialtätigkeit ausüben, so z. B. bei der Röntgenschwester und Apothekerschwester. Ein Ersatz für diese ist überhaupt nicht möglich und würde deshalb die Durchführung ausgeschlossen sein.

Es ist überflüssig darauf hinzuweisen, daß der Krankenhausbetrieb nicht mit einem regelmäßigen Fabrikbetrieb gleichgesetzt werden kann; in einem größeren Krankenhause kommen täglich mehrere Zugänge von Schwerkranken und Verunglückten, bei denen sofortige Hilfe erforderlich ist. In dem beabsichtigten Gesetz sind zwar Ausnahmen hierfür vorgesehen, doch diese Ausnahmen sind die Regel und werden dann Unzufriedenheit erwecken. Die Krankenpflegerin ist am Morgen vielleicht nur einige Stunden tätig gewesen, sie hat für den Nachmittag über ihre Zeit verfügt und wird sich daher nur widerwillig dazu bequemen, jetzt am Nachmittag eine größere Menge Arbeit zu leisten, weil zufällig am Morgen wenig zu tun war.

Auch die Frage muß erörtert werden, wie die Feststellung der Arbeitszeit bei den Schwestern erfolgen soll. Es ist nur möglich, wenn jede Schwester in einem Heftchen, das sie ständig bei sich zu tragen hat, die Arbeitszeit und die Ruhezeit notiert. Auf eine halbstündige Arbeitszeit kommt vielleicht eine halbstündige Ruhezeit u. dgl. Es ist aber dann unmöglich, daß der Ersatz zu bestimmter Zeit eintritt, da heute die Schwester während der vorgeschriebenen sieben Stunden auch vielleicht sieben Stunden tätig ist, am anderen Tage vielleicht nur sechs Stunden. Es muß daher naturgemäß der siebenstündige Arbeitstag zu einer siebenstündigen Arbeitsbereitschaft führen. Die praktische Erfahrung hat in dieser Hinsicht uns bereits recht gegeben, so sind z. B. in den städtischen Krankenanstalten in Köln die männlichen Krankenwärter seit einiger Zeit nur acht Stunden tätig. Sie haben bereits das Verlangen gestellt, daß auf besonderen Tafeln immer vermerkt werden müsse, wann die einzelnen Krankenwärter Dienst haben, so daß also mit dem Ablauf der acht Stunden automatisch die nächste Schicht in Tätigkeit tritt. Kommt nach Ablauf dieser acht Stunden noch irgendeine schwere Verletzung oder eine dringende Hilfeleistung, so hat sich gezeigt, daß die Krankenwärter unter Umständen den Dienst verweigern. In einem Falle mußte der Betriebsrat angerufen werden, der den Krankenwärter in energischer Weise auf seine Pflicht, einen Schwerkranken noch nach dem Operationssaal zu bringen, aufmerksam machen mußte.

Zu ganz unhaltbaren Zuständen würde diese beabsichtigte Regelung der Arbeitszeit auch in Wöchnerinnenanstalten vielfach führen. Hier wird die Pflegerin manchmal stundenlang auf die Geburt eines Kindes warten, hat nichts zu tun, kann sich währenddessen mit allmöglichen Arbeiten beschäftigen, sie muß nur da sein, um im Augenblicke der Geburt behilflich sein zu können. Sind ihre sieben Stunden um, so muß sie gehen, obschon sie nichts getan hat, denn die andere Pflegerin, die ihre Tätigkeit übernehmen soll und die für den Betrieb ja vorgesehen sein muß, steht sozusagen vor der Türe, um sie abzulösen. Trotzdem, daß sie keine Arbeit geleistet hat, ist sie, weil das Gesetz es befiehlt, verpflichtet, die Arbeit einer anderen Pflegerin zu überlassen.

Von nicht geringer Bedeutung sind die Kosten, die durch die Einführung des Siebenstundentages entstehen werden. Bis vielleicht vor zehn Jahren betrug der Tagesverpflegungssatz in der III. Klasse vielfach 1,50 M, heute dagegen mindestens 5 M, womit bei weitem noch nicht die Selbstkosten gedeckt werden. Selbst diesen Satz zu zahlen weigern sich die Krankenkassen, da sie mit Recht ihre Mitglieder nicht allzusehr belasten möchten, und ihre sonstigen Leistungen durch die hohen Krankenhaussätze herabgedrückt werden. Die Folge wird sein, daß Überweisungen ins Krankenhaus nachlassen, zweifellos zum Nachteile der Kranken. Nun verlangt der Siebenstundentag eine Vermehrung des Personals um mindestens 30 bis 40 v. H. Hinzukommen die höheren Löhne, die Schaffung der notwendigen Unterkunftsräume, das alles kostet Millionen, die gespart werden können, und die in der jetzigen Zeit gespart werden müssen, zumal wenn durch deren Aufwendung gar keine Vorteile, sondern nur Nachteile für die Kranken erzielt werden.



Wenn unsere Interessen sich auch vornehmlich auf die Krankenhäuser richten, so müssen wir als Ärzte aber auch die Einführung des Siebenstundentages auf die Privatpflege ins Auge fassen. Eine Krankenschwester, die in einem kleinen Bezirk als Gemeindeschwester tätig ist, besucht von morgens bis abends ihre Kranken, wobei sie vielfach auch in der Lage ist, in den Familien bei der Führung des Haushaltes, bei der Wartung der Kinder behilflich zu sein. Jetzt bei der Neuregelung der Verhältnisse soll sie gezwungen werden, nach sieben Stunden ihre Tätigkeit einzustellen, das Gesetz will es so. Die Pflegerin muß deshalb ihre Aufgabe in kürzester Zeit absolvieren, sie kann sich nicht mehr, wenn die Mutter krank darniederliegt, um die Kinder und den Haushalt kümmern, so sehr die kranke Mutter auch darum bittet. Tränenden Auges sieht die Mutter schon die Pflegerin nach wenigen Minuten scheiden, die sich nicht genug eilen kann, um ihr Pensum zu absolvieren. Die Pflegerin läuft davon, sie muß laufen, denn arbeitet sie länger, so hat sie von gehässiger Seite Anzeige und dann Bestrafung zu fürchten. Ob die Kosten für eine zweite Gemeindeschwester aufgebracht werden können, ist noch mehr als zweifelhaft, zumal, wie die Erfahrung in der jetzigen Zeit vielfach gezeigt hat, den kleinen Gemeinden die Aufbringung der Kosten für eine Schwester unerschwinglich geworden ist. In einer anderen Familie ist eine Privat-Krankenpflegerin tätig. Nach 7 bzw. 8 Stunden Tätigkeit geht sie; eine zweite und dritte Pflegerin für diesen Fall anzustellen, ist wegen der hohen Kosten vollständig ausgeschlossen. 16 Stunden bleibt der Kranke unversorgt, weil das Gesetz es so will. Muß nicht in allen Kreisen allmählich eine Erbitterung Platz greifen über die durch das Gesetz geknebelte Freiheit und Arbeitsfreudigkeit?

Bis jetzt haben wir nur von eigentlichen Krankenpflegerinnen gesprochen; wie verhält es sich dann mit dem sogenannten niederen Heilpersonal? Wer rechnet sich dazu, ist unsere erste Frage. Früher haben die männlichen Krankenpfleger einen beständigen Kampf geführt um Gleichberechtigung mit den weiblichen Krankenpflegerinnen; wollen sie jetzt freiwillig auf diesen Kampf verzichten und sich als Krankenpfleger zweiter Ordnung einreihen lassen? Die Arbeitsverhältnisse sind bei den männlichen Krankenpflegern nicht anders als bei den Krankenpflegerinnen. Darum gelten auch für sie die gleichen Ausführungen. Etwas anders mögen die Verhältnisse liegen bei den Badewärtern, anders vielleicht auch bei den Masseuren. Aber wo ist der Badewärter, der andauernd hintereinander 7 oder 8 Stunden Kran badet, worin besteht seine Hilfeleistung währe dieser Zeit? Soll diese wirklich so anstrenge sein, daß sie etwa mit der Arbeit eines Bergma nes auch nur im entferntesten verglichen werd könnte? Wo hat es ferner im Krankenhause ein Masseur gegeben, der ohne Unterbrechung 8 St den massiert? Vielleicht wird er zwischendu die Übungen der Kranken an gymnastischen (räten beaufsichtigen, wobei er kaum angestre wird. Ohne Übertreibung und ohne Besorgnis Widerlegung kann behauptet werden, daß bis noch keine dieser Hilfspersonen im Krankenha durch Überanstrengung zu Schaden gekommen

Bei dem weiteren Dienstpersonal im Krank hause gelten dieselben Bedingungen wie bei Hausangestellten im Privathaushalte. Eine schränkung der Arbeitszeit auf 7 Stunden ist ebenso unmöglich wie dort.

Die gesamten katholischen Ordensschwest die Diakonissen, die Schwestern vom Roten Kr sind vollständig einig in der Verurteilung alles d sen, was ihnen ihre Freiheit raubt und ihre Tä keit beschränkt, sowie die Kranken aufs schwer benachteiligt und den Verwaltungen immense sten auferlegt.

Wer ist es denn, der hier die treibende Kraft und den Tagesdienst von 7 Stunden fordert? Verhältnis zu den anderen zahllosen Krankenp gerinnen in den Anstalten kann es nur eine kl Gruppe von freien Schwestern sein. Demgeg über betonen wir, daß die Tätigkeit bei Kran keine Fabrikarbeit ist und dieser unter keinen U ständen gleichgestellt werden kann. Der Geg stand ist der kranke Mensch, der in seiner höchs Not nicht nur eine beruflich ausgebildete, sond auch eine mit dem Herzen pflegende Schwester sich haben will. Frage man einmal einen Kran welcher Pflegerin er den Vorzug gibt, ob einer chen, die mit der Uhr in der Hand im Krankenh herumgeht, oder einer solchen, die bei der Tä keit sich nur von der Liebe zum Kranken le läßt. Die Antwort ist klar, und es wird kein Zv fel über den Ausfall derselben obwalten kön Früher war die Krankenpflege eine rein charita Tätigkeit, in den letzten Jahren ist sie ein B geworden, und so sehr es auch zu begrüßen daß die Krankenpflegerinnen nunmehr eine bess Ausbildung vor Übernahme ihrer Tätigkeit ge ßen, so würde es doch von größtem Schaden s wenn die charitative Tätigkeit hierdurch in Hintergrund gedrängt würde. Diesen charitati Charakter darf man der Krankenpflege im In esse der Kranken, besonders im Interesse

armen Kranken nimmer nehmen. Wer den Achtstundentag in der Krankenpflege verlangt, bezeugt hierdurch, daß er keinen Beruf und kein Verständnis für die Krankenpflege besitzt. Im Interesse der Kranken möge er von der Krankenpflege ablassen und sich der Fabriktätigkeit zuwenden, da findet er den Sieben- oder Achtstundentag. Die Krankenpflege als charitative Tätigkeit findet ihre Grenzen nur in ihren eigenen Kräften und läßt sich nicht in ein bestimmtes Schema einzwängen.

Weiterhin müssen wir protestieren gegen die obligate Inanspruchnahme des Arbeitsnachweises auch für das gesamte Krankenpflegepersonal. Die leitenden Ärzte tragen dem Kranken und dem Staate gegenüber die volle Verantwortung für die Versorgung der Kranken. Wir müssen diese Verantwortung gänzlich ablehnen, wenn uns sowie der Verwaltung nicht die Möglichkeit gegeben wird, das Personal auszuwählen, welches uns als das geeignetste erscheint. Ist die Anstalt an die Überweisung des Personals von seiten des Arbeitsnachweises nicht gebunden, so hat naturgemäß die obligate Inanspruchnahme desselben überhaupt keinen Wert. Fernerhin muß doch zugegeben werden, daß der Krankenhausarzt sowie die Verwaltung gemäß ihrer langjährigen praktischen Erfahrung geeigneter sind das Personal auszuwählen, als der Vorsitzende des Arbeitsnachweises bzw. der von ihm hierzu beauftragte Stellvertreter. Im Interesse der Kranken liegt eine solche Bestimmung daher keineswegs. Dem Tüchtigen freie Bahn! muß auch hier die Losung sein. Wer der Tüchtigste ist, können nur die Sachverständigen, also der Arzt und die Verwaltung des Krankenhauses entscheiden.

Hinzu kommt noch, daß unbedingt darauf Gewicht gelegt werden muß, daß der Friede im Krankenhause gewahrt bleibt. In einer Fabrik sind die Arbeiter nur zu den Arbeitsstunden zusammen, und während dieser Zeit auch durch ihre Arbeit mehr oder weniger völlig in Anspruch genommen. Nach der Arbeit trennen sie sich. Ganz anders liegen die Verhältnisse im Krankenhaus. Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen, sowie auch alle anderen Angestellten wohnen vollständig in der Anstalt, sie bilden gleichsam eine Familie, so daß viel leichter Anlaß zu Streitigkeiten vorliegt. Solche Streitigkeiten müssen dem Krankenhaus, sowie dem Kranken zum Nachteile gereichen. Deshalb muß Verwaltung und Arzt in erster Linie berufen sein, das Personal auszuwählen, sie müssen vorher Gelegenheit haben, sich von den Eigenschaften desselben nach verschiedenen Richtungen hin zu überzeugen. Auch nur eine probeweise Anstellung einer Person, die nach der Ansicht der Verwaltung nicht die Gewähr für genügende Leistung und Charakter besitzt, muß von vornherein abgelehnt werden. Jeder, der in der Krankenanstalt tätig ist, muß durchdrungen sein von dem Gefühl, ein Diener der Charitas zu sein. Das gilt auch für die Hausangestellten, die ja auch in dem Krankenzimmer die mannigfaltigsten Dienste verrichten müssen und oft auch zur Hilfeleistung bei der Behandlung herangezogen werden. Die Entscheidung über die Anstellung muß daher der Verwaltung und dem Arzte vorbehalten bleiben. Damit soll nicht gesagt sein, daß der Arbeitsnachweis für Krankenpflegepersonal überhaupt unnötig sei. Die Anstalten, wie auch Privatpersonen werden sich des Arbeitsnachweises im Bedarfsfalle zuweilen gerne bedienen; nur muß jeder Zwang ausgeschaltet bleiben.

Zum Schlusse möchten wir noch hinweisen auf die schon von verschiedenen Seiten geäußerten Wünsche nach Kommunalisierung und Sozialisierung der Krankenanstalten. Einfache Vergleiche der jetzt bestehenden Privat- bzw. Stiftungsanstalten mit den städt. Krankenhäusern zeigen, daß die letzteren finanziell wesentlich teurer sind, ohne daß jemand behaupten könnte, in den Privatkrankenanstalten würden die Kranken weniger gut verpflegt oder behandelt werden. Auf die Ursache hierfür wollen wir nicht näher eingehen, sondern nur auf diese Tatsache hinweisen. Würden alle Anstalten kommunalisiert, so würde dies ohne weiteres sofort eine ganz erhebliche Verteuerung herbeiführen und es würden Millionen unnötigerweise ausgegeben werden müssen. Mit dem Augenblick der Kommunalisierung würde aber die private Wohltätigkeit, die sich so oft den Privatkrankenanstalten im reichsten Maße zugewandt hat, aufhören, wodurch ein weiteres erhebliches Defizit, das durch die Kommune gedeckt werden müßte, entsteht. Es ist fernerhin zu erwarten, daß die krankenpflegenden Genossenschaften, wenn sie des Besitzes ihrer Privatanstalten beraubt werden, wenig Interesse mehr haben werden, den Kommunen und dem Staat ihre Dienste in der bisherigen außerordentlichen billigen Weise zur Verfügung zu stellen. Die kath. Ordensschwestern und auch die Diakonissen erhalten in den Anstalten, in denen sie angestellt sind, meistens nur ein Kleidergeld von wenigen Hundert Mark. In den Anstalten, die ihnen selbst gehören, fällt auch dieses weg. Wenn die Genossenschaften für die Schwestern dasselbe Gehalt, welches den anderen krankenpflegenden Personen zugebilligt ist, beanspruchen werden, was bei einer Kommunalisierung der Anstalten zweifellos der Fall sein wird, so würde sich die Zahlung



an dieselben um mindestens M 1000,— jährlich für jede Schwester erhöhen. Bei 70 000 Schwestern würde dies eine jährliche Mehrausgabe von 70 Millionen bedeuten. Es möchte uns doch wohl wünschenswert erscheinen, in der jetzigen Zeit solche Ausgaben, die unnötig sind und ihrem Zwecke, d. h. der besseren Versorgung der Kranken, nicht dienen, zu sparen.

Wollte man, wie es in dem Gesetzesvorschlag vorgesehen war, die geistlichen Orden, die Diakonissenmutterhäuser und ähnliche religiösen Gemeinschaften von der Anwendung der vorgesehenen Bestimmungen befreien, so wären die auf weltliches Personal angewiesenen Krankenanstalten, sowie auch das ganze weltliche Pflegepersonal nicht mehr konkurrenzfähig; es würde im Laufe der Zeit immer mehr in den Hintergrund gedrängt werden.

Aus allen diesen Gründen möchten wir daher das dringende Verlangen stellen, keinerlei Zwangsmaßnahmen gegen unsere Krankenhäuser zu treffen. Die deutschen Krankenanstalten, sowohl die städtischen, die staatlichen und wie auch die privaten waren durchaus Musteranstalten für die ganze gesittete Welt, die bisher von keinem anderen Lande erreicht worden sind. Das wird jeder, der die Verhältnisse kennt und Vergleiche zu ziehen in der Lage war, zugeben müssen. Lassen wir allen die freie Entwicklung, lassen wir die Konkurrenz zwischen den Anstalten bestehen, die nur zum Vorteil ihrer Entwicklung sein wird. Das wird gleichzeitig zum Segen der Kranken gereichen, deren Interessen bei allen Anordnungen in erster Linie maßgebend sein müssen.

Dezember 1919.

Der Vorstand der Vereinigung der Krankenhausärzte Deutschlands.

Die Vereinigung der Privatkrankenhausärzte Kölns.

Vereinigung württembergischer Krankenhausärzte.

Mitteilungen.

— **Reichsverband.** Der Bund höherer Beamter hat in der letzten Nummer 5-6 seiner Zeitschrift, auf deren Studium ganz besonders hingewiesen wird, Richtlinien herausgegeben für die Befolgung seiner Parole, die Beziehungen zum deutschen Beamtenbund abzubrechen. Er schränkt sie dahin ein, daß die höheren Beamten sich durch die vertikal gerichteten Verbände bei der Angabe ihrer Mitgliederzahl für den D. B. B. nicht mitzählen lassen, so daß also die höheren Beamten nicht durch sie im D. B. B. vertreten werden, sondern ausschließlich durch den B. h. B. Selbstverständlich dürfen sie dann auch durch diese vertikalen Organisationen keine Mitgliederbeiträge an den D. B. B. gelangen lassen. Auch werde nicht verlangt, daß die höheren Beamten aus allen örtlichen Beamtenvereinen, die dem D. B. B. angeschlossen sind, ausscheiden, sondern daß sie „vorläufig in den Vereinigungen nicht mehr mitarbeiten, die den Namen des D. B. B. tragen und sich damit als seine Einrichtungen ausweisen". — Danach scheint uns die Parole erheblich eingeschränkt. Damit wird sie aber immer noch nicht, wenigstens nach den bisherigen Äußerungen einer Reihe unserer größeren Einzelverbände, für viele unserer Verbände durchführbar erscheinen, die es bedenklich finden oder auch direkt ablehnen, aus den vertikal gerichteten Organisationen auszuscheiden, in denen sie bis jetzt in erfreulicher Weise sich mit andern Beamtengruppen verständigen konnten oder deren Leitung man den Ärzten gar anvertraut hatte. Da von einem großen Teil der E. V. Äußerungen bei uns noch nicht eingelaufen sind, so daß es möglich wäre, unsere uns vorgeschriebene Stellung genau abzugrenzen, haben wir an die Leitung des B. h. B. das Ersuchen gerichtet, uns die Abgabe der geforderten Erklärungen noch einige Wochen zu stunden, da wir aus technischen Gründen noch nicht dazu imstande wären. Wir haben aber zugleich nicht verhehlt, welchen besonderen sachlichen Schwierigkeiten unser Verband bei der Durchführung der Parole ausgesetzt sei.

Wir bitten die E. V. um eingehende und baldige Mitteilung ihres Standpunktes.

Bezüglich der Neuordnung der Besoldung kommen leider immer mehr Berichte von Einzelverbänden, aus denen hervorgeht, daß die vom R. V. geforderten Grundsätze nur in den seltensten Fällen zur Geltung gebracht werden konnten. Besonders macht sich immer wieder bemerkbar, daß den juristischen Beamten, zumal in Preußen, höhere Gehaltsstufen zugebilligt werden, als den Ärzten. Es liegt in unserm Interesse, die betreffenden Instanzen immer wieder darauf hinzuweisen, daß die ärztliche Arbeit mindestens dieselbe Entlohnung erfordert, wie die der Juristen. Da diese in der Regel dafür sorgen, daß sie nicht zu kurz kommen, müßte es dann leicht sein, für die Ärzte das gleiche zu erreichen. — Wir bitten weiter um sofortige Mitteilung von der Vollziehung der Gehaltseinreihungen. Auch empfehlen wir, überall, wo solche bestehen, die Organisationen der höheren Beamten dahin mobil zu machen, daß sie sich unserer Forderungen annehmen, auch unter Hinweis auf die besonderen Bedürfnisse und Schwierigkeiten unseres Berufs und unserer Existenz. Das gleiche gilt auch für etwa erreichbare Abgeordneten der Landtage.

Herr Geh.-R. Prof. Dr. Tuczek, Marburg, hat

lankenswerter Weise es unternommen, in Marburg)ozenten für die Einrichtung eines Fortbildungs-ursus für Psychiater in somatischer Medizin anuregen. Er teilt mir mit, daß er zunächst wegen der Vohnungsschwierigkeiten im Semester versuchen wolle, b ein Kurs gegen Ende der großen Ferien zustandeommen könne. Er bittet aber zunächst zu ermitteln, b und wieviel Herren bereit wären, an einem solchen ursus teilzunehmen, auch um etwaige Wünsche in ezug auf die Art der Kurse. Es wird daher um mögchst baldige Mitteilung hierüber an den Vorsitzenden es R. V. gebeten.

Um unangenehme Weiterungen und erzögerungen zu vermeiden, wird geeten, alle Zuschriften an den Vorstand es R. V. ohne Namensnennung nach andsberg a. Warthe, Landesirrenantalt, zu richten.

Der Vorsitzende: Dr. Baumann.

— **Einreihung in die Besoldungsklassen.** In der Proinz Hessen-Nassau sind nunmehr die Assistenzrzte in Gruppe X der Gehaltsordnung eingereiht, Anangsgehalt 8400 M mit drei Aufrückungsstufen von zwei ahren bis 10 000 M; die Oberärzte in Gruppe X a (aus : und XI), Anfangsgehalt 8400 M, Höchstgehalt 14 500 M; ie Direktoren der großen Anstalten in Gruppe XII a aus XI bis XIII), 9700 bis 18 400 M.

Zweijährige Aufrückungsstufen; zum Gehalt kommt er Ortszuschlag; Abzüge für Dienstwohnung, Garten, icht und bei den Direktoren für die bisherige freie Vagenbenutzung, der Abzug für Garten usw. wird von er Landesdirektion berechnet.

Stadt Berlin.

Gruppe 9: „Assistenzärzte", und zwar die ersten rei Jahre 75 v. H. der Bezüge, vom vierten bis zehnten ahre 100 v. H.

Gruppe 10: „Oberärzte", nach insgesamt zehnjährir Tätigkeit. Es sind hierin die meisten der Berliner nstaltsärzte zurzeit eingereiht.

Gruppe 11: „Dirigierende Ärzte", an jeder Anstalt wei, jetzt neu geschaffen.

Gruppe 12: Direktoren.

Die Berliner Besoldungssätze gehen über die Staatsbesoldung hinaus. Dies zeigt sich namentlich bei den ersten Jahren. Die Besoldung setzt sich zusammen aus „Grundgehalt" und „Teuerungszulage", letztere 50 v. H. der ersteren. Besondere Ortszulage gibt es nicht. Das Höchstgehalt wird nach 16 Jahren erreicht statt nach 14, indem hier noch eine Stufe zugelegt ist.

Für Gruppe 9 ergibt sich nun folgendes Bild: Grundgehalt 11 500 + Teuerungszulage 5750 = 17 250 M (beim Staat 16 650 M). Staffelungen sind dreimal 800, zweimal 700, dreimal 300 M. Höchstgehalt nach 16 Jahren 24 300 M, Staat nach 14 Jahren 23 850 M (kommt nach obigem hier nicht in Betracht!). Steuern: 2800 bis 4670 M.

Für Gruppe 10 ergibt sich folgendes: Anfangsgehalt 12 900 + 6450 = 19 350 M (Staat 18 600 M). Staffelungen dreimal 800, dreimal 600, einmal 500, einmal 400 M. Höchstgehalt nach 14 Jahren: 26 400 (beim Staat auch 26 400) M, nach 16 Jahren: 27 000 M (fehlt beim Staat). Steuern: 3310 bis 5250 M.

In dieser Gruppe würde nach den bisherigen Festsetzungen das Gros der Berliner Ärzte verbleiben. Diese Lösung ist unbefriedigend, weil andere akademische Berufe merkwürdigerweise in Gruppe 11 eingereiht sind, nämlich die Magistratsassessoren, die als Magistratsräte nach sechs Jahren sämtlich nach Gruppe 12 aufrücken!! Und ferner sind in Gruppe 11 bereits eingereiht 776 Oberlehrer!!!

Diese unterschiedliche Behandlung der Akademiker datiert noch aus dem bisherigen Berliner Gruppenplan (seit Weihnachten 1919), und es ist diesmal leider noch nicht gelungen, diese unzeitgemäße Benachteiligung zu beseitigen. Es soll dies aber bei einer Revision der Besoldung im Herbst mit allen Mitteln erstrebt werden.

In Grupe 11 betragen die Sätze: Anfangsgehalt 14 500 + 7250 = 21 750 M (Staat 20 550 M). Staffeln: zweimal 1000, zweimal 900, viermal 400 M. Höchstgehalt nach 14 Jahren 29 250 M (beim Staat dasselbe), nach 16 Jahren 29 850 M (fehlt beim Staat). Steuern: 3840 bis 6150 M.

Da „dirigierende Ärzte" nur zwei an jeder Anstalt, erreichen dieses Endgehalt im ganzen nur acht Herren, und Direktoren in Gruppe 12 sind nur vier Herren. Die

Vereinigung der Berliner städtischen Irrenärzte umfaßt 47 Mitglieder.

Zu den oben genannten Beträgen kommen noch als **Kinderbeihilfen,** wie bei Reich und Staat, bis zum 6. Lebensjahre 40 M, bis zum 14. 50 M, bis 21. 60 M monatlich, und hierzu ebenfalls nur 50 v. H. Teuerungszuschlag. Funktionszulagen kommen gänzlich in Wegfall, die Ledigen werden den kinderlos Verheirateten in ihren Bezügen gleichgestellt.

Zu bemerken ist für Berlin noch, daß in den Anstalten nur Wohnungen vorhanden sind für die Direktoren, dirigierenden Ärzte und unverheirateten Oberärzte resp. Anstaltsärzte. Die größte Zahl der Oberärzte ist aber verheiratet und muß in der Stadt wohnen. Während nun diese in den vollen Genuß der Bezüge kommen, werden den in der Anstalt Wohnenden die Wohnung, sowie Heizung, Beleuchtung und Wasser angerechnet, den Unverheirateten ebenso die Beköstigung. Bei der Abschätzung der Wohnungen ist nicht allzu hoch gegriffen worden, jedenfalls dürfte die Mehrzahl der außerhalb Wohnenden bei den teueren Wohnungsmieten bedeutend mehr zahlen müssen. Gartenbenutzung ist gleichfalls mäßig abgeschätzt, Anstaltskräfte für Haus und Garten stehen frei zur Verfügung, Arzneimittel sind aus der Anstaltsapotheke frei.

Sünner, Herzberge.

— **Sachsen** (Staat). Aus den neuen Besoldungs- usw. Bestimmungen sei folgendes erwähnt: Die Direktoren führen den Diensttitel: Oberregierungsmedizin[alräte], die Anstaltsoberärzte und -ärzte, soweit sie [fü...] Dienstjahre nach erfolgter Anstellung haben, den Die[nst]titel Regierungsmedizinalräte. — Die Direktoren sind [in] Klasse 12, die stellvertretenden Direktoren in Klasse [1.], die Regierungsmedizinalräte in Klasse 10, die Ansta[lts]ärzte in den ersten fünf Jahren nach der Anstellung [in] Klasse 9 eingeordnet. Gleichzeitig wurden die Abga[ben] für Miete der Dienstwohnungen geändert unter Berü[ck]sichtigung des Orts- und Teuerungszuschlages.

— **Die Versammlung der südwestdeutschen Ps[y]chiater** wird nach der Unterbrechung durch die Krie[gs]jahre zum ersten Male wieder in Karlsruhe am 6. und [7.] November 1920 stattfinden. Bisher ist ein Referat v[on] R. Sommer über Tierpsychologie und Psych[i]a[trie] in Aussicht genommen, auch liegt eine Reihe von V[or]**tragsmeldungen vor. Weite Meldungen werden [bis] Ende September erbeten. Geschäftsführer sind Somme[r,]** Gießen, und Dannemann, Heppenheim.

— **Genthin.** Der Kreis Jerichow II kaufte die [...] Büngersche Heilanstalt mit 180 Morgen Land in Gr[oß-]wusterwitz-Kolonie für 680 000 M.

— In Nr. 17 S. 484 der Münch. med. Wochens[chr.] 1920 berichtet Hornung unter der Übersch[rift] **Veronal als Hilfsmittel bei der Morphiumentzieh[ung]** „über eine neue Art der Morphiumentziehung".

Hierzu sei bemerkt, daß bereits 1916 im Handbu[ch] der Therapie der Nervenkrankheiten, herausgegeben v[on]



[...]d. Vogt, S. 1128, Artikel Morphiumvergiftung, A. [F]riedländer (Hohe Mark b. Frankfurt a. M.) Ver[on]al empfiehlt. „Diesen Getränken (sc. Fachinger Was[s]er usw.) setzt man gleich abwechselnd Brom und eines [u]nserer erprobten Schlafmittel zu (Sulfonal, Veronal, [P]araldehyd u. a.). Dispensation innerhalb 24 Stunden [...] bis 6 g Bromnatrium; um 12 Uhr mittags, 4, 6, 8 Uhr [a]bends je 0,5 bis 0,25 g Veronal bzw. je 0,5 Sulfonal." [N]eu ist allerdings Hornungs Art der Morphiument[z]iehung insoweit, als er innerhalb etwa zweimal 24 [S]tunden ungefähr im ganzen 8 g Veronal gibt, und [g]egen die nun einsetzenden nicht unerheblichen Ver[g]iftungserscheinungen mit Skopolamin vorgeht, — [ei]n Verfahren, über das man verschiedener Meinung [s]ein kann. Bresler.

— **Berichtigung.** In meinem Aufsatz „Der Gruppen[p]lan der Besoldungsordnung im Reich und seine Anwen[du]ng auf die beamteten Irrenärzte" befindet sich im [le]tzten Absatz der Passus, daß im Freistaat Hessen die [F]orderungen des Reichsverbandes bereits durchgesetzt [se]ien.

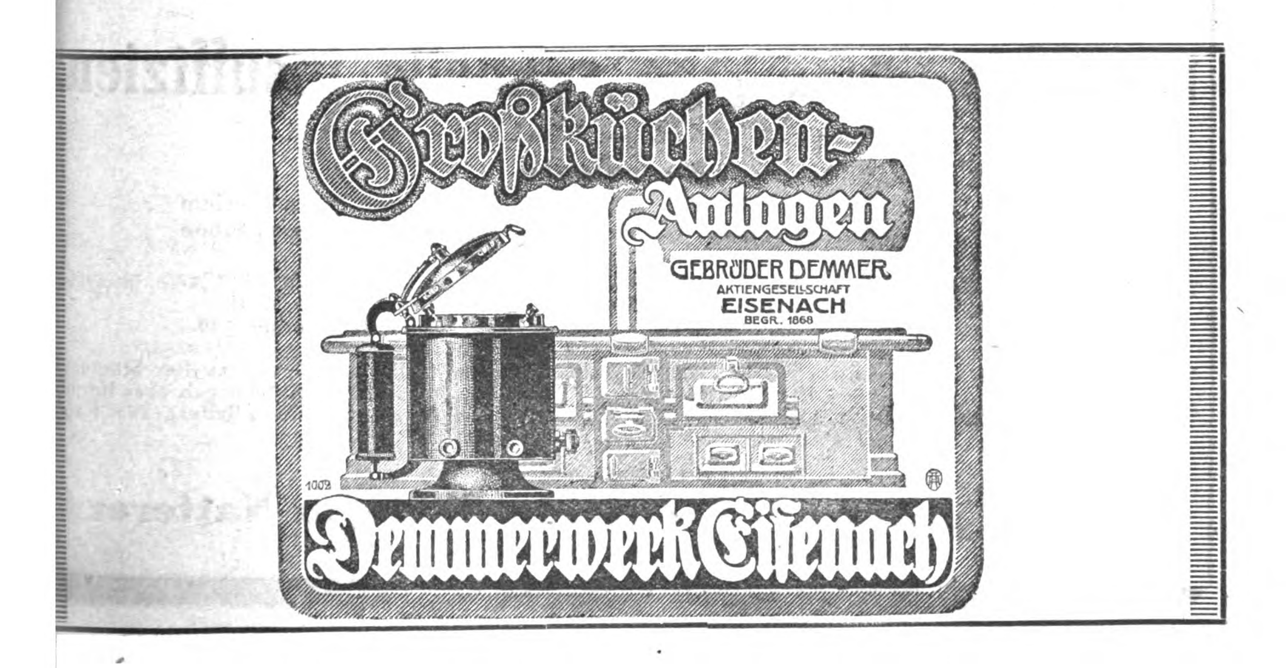
Ich habe diese Kenntnis aus einem Telephonge[sp]räch, das ich am Tage des Abschlusses meines Auf[sa]tzes mit einem hessischen Oberarzt führte, der mir die Angabe machte, Oberärzte seien für die XI. und 25 v. H. derselben für die XII. Gruppe vorgesehen; falls das nicht zutreffe, werde er mich am gleichen Tag noch einmal anwecken. Das geschah nicht, und so mußte ich annehmen, daß nichts mehr richtigzustellen wäre.

Inzwischen hat mich der Verband der Ärzte der hessischen Heil- und Pflegeanstalten dahin aufgeklärt, daß im Freistaat Hessen leider nur folgendes erreicht worden ist: Anstaltsärzte bedingungsweise in Gruppe X, Oberärzte in Gruppe X, drei ältere Oberärzte (stellvertr. Direktoren) in Gruppe XI, Direktoren in Gruppe XII.

Wern. H. Becker, Herborn.

Personalnachrichten.

— **Sachsen** (Staat). Obermedizinalrat Dr. Ackermann, Direktor von Großschweidnitz, und Obermedizinalrat Dr. Brackmann, Direktor von Zschadraß sind zu Geh. Medizinalräten ernannt; Med.-Rat Dr. Nitsche, Direktor von Dösen, Med.-Rat Dr. Roßbach, Direktor von Hubertusburg, zu Obermedizinalräten. Med.-Rat Dr. Heinicke von Waldheim nach Chemnitz-Altendorf als Direktor an die Landeserzie-





hungsanstalt für Schwachsinnige versetzt; Med.-Rat Dr. Wendt von Thonberg nach Waldheim versetzt; Med.-Rat Dr. Böttcher von Colditz als Direktor an die jetzt wieder eröffnete Landesanstalt Untergöltzsch versetzt; Dr. Kell von Zschadraß nach Untergöltzsch und Med.-Rat Dr. Ranniger von Bräunsdorf als stellvertr. Direktor nach Colditz versetzt.

— **Stephansfeld.** Am 1. Februar 1919 wurde der deutsche Direktor und die deutschen Ärzte aus ihrem Amt entfernt. Die Direktorstelle wurde vorläufig mit dem elsässischen Abteilungsarzt Dr. Karl Frankhauser besetzt, der seit 1909 Arzt an der Anstalt ist. Die Stellen der deutschen Ärzte wurden vorläufig besetzt mit einem elsässischen Arzt, Dr. Leo Spitz, und einem französischen, Dr. Jean Eissen, militärischen Oberarzt und Anstaltsarzt an den Seine-Irrenanstalten. Die Stelle des Rendanten wurde vorläufig mit Leo Haeffele aus Eckartswiller besetzt. (Nach dem Jahresbericht für 1918-19.)

— **Wiesloch** (Baden). Dr. Hermann Zwilling aus Forst, Amt Bruchsal, wurde am 21. Juni als Hilfsarzt hier eingestellt.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



'weiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 19/20. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.
Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. K. Alt Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. Beyer, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. Bleuler, Zürich, San.-Rat Dr. Deiters, Düren, San.-Rat Dir. Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dir. Dr. Fischer, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. Friedländer, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. Herting, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. Ilberg, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. Kluge, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. Lehmann, Hartheck, Geh. San.-Rat Dr. Mercklin, Treptow a. R., Dir. Dr. v. Olah, Budapest, Prof. Dr. A. Pilcz, Wien, Reg.-Rat Dr. H. Schlöß Wien, Geh. Rat Prof. Dr. E. Schultze, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen, Reg.-Rat Dr. Starlinger, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. Vocke, Eglfing b. München, Prof. Dr. H. Vogt, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. L. W. Weber, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et phil. W. Weygandt, Hamburg.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. Johannes Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 19/20. 14. August **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten?

Referat, erstattet der Hamburger Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (27. und 28. Mai 1920) durch Medizinalrat Dr. **Kolb**, Erlangen.

(Fortsetzung.)

5. Für das Personal der Koch- und Waschküche und für die nur Hausarbeit verrichtenden Angestellten ist die Anwendung der Bestimmungen über die Dienstzeit der Hausangestellten anzustreben.

Da, wo trotz Kundgabe der ärztlichen Bedenken die Dienstpräsenz unter das ärztlich zulässige Maß eingeschränkt wurde, ist es Aufgabe des Arztes

a) die Beseitigung dieser Einschränkung insbesondere durch Feststellung der aus der verkürzten Dienstzeit sich ergebenden Nachteile anzustreben und bis dahin

b) die Nachteile und Gefahren auf ein möglichst geringes Maß herabzusetzen.

Die Nachteile und Gefahren lassen sich einschränken:

a) Durch eine Vertiefung des Abteilungsdienstes der Ärzte und der Oberpfleger;

b) Durch Aufstellung von zwei Aufsichts(Stations)pflegern für jede Station, die in längeren Zeiträumen zwischen Dienst und Ruhe wechseln und dadurch die erforderliche Kontinuität des Dienstes sichern; diese Stationspfleger hätten etwa eine Woche ununterbrochen Dienst mit anschließender längerer Erholungszeit, bei der Ablösung wäre Überkreuzung mindestens um einen Tag mit dem ablösenden Aufsichtspfleger vorzusehen. Diensteinteilung: $7 + 1 = 8$ mal $15 = 120$ Stunden Dienst, dann fünf bis sechs Tage frei. Der dadurch bedingten beträcht-



lichen Mehrbelastung der Ärzte, Oberpfleger und Aufsichtspfleger wäre bei Bemessung der Zahl, Stellung, Dienstordnung und Besoldung dieser Beamten entsprechend Rechnung zu tragen, ev. auch durch Entlastung der Ärzte von mechanischen Arbeiten durch Aufstellung einer eigenen im Wechsel für die Ärzte verfügbaren Schreibkraft.

c) Durch eine möglichst zweckmäßige, den besonderen Verhältnissen der Anstalt angepaßte Diensteinteilung, besonders durch die Bestimmung der gleichen Ablösung für den gleichen Posten, d. h. dadurch, daß jedem Pfleger für längere Zeit die gleiche Tätigkeit (Wachsaal, Tagsaal, Bad usw.) zugewiesen wird, bei welcher er tunlichst nur mit einem bestimmten Pfleger wechselt. (Bei der 60-Stundenwoche auf je zwei feste Posten eine bestimmte Ablösung, bei der 48-Stundenwoche für jeden Posten eine bestimmte Ablösung.)

d) Durch sorgfältige Übergabe beim Schichtwechsel (tunlichst Übergabe in Gegenwart des Aufsichtspflegers).

e) Durch stärkere Heranziehung des weiblichen Pflegepersonales auch zum Dienste in geeigneten männlichen Abteilungen überall da, wo das weibliche Pflegepersonal dienstwilliger ist.

f) Durch allgemeine Hebung des Pflegepersonals.

Sorgfältigste Auslese in körperlicher und geistiger Hinsicht; gute Fachausbildung und -fortbildung mit abschließender Prüfung; wenn möglich, zeitweise Abstellung in Krankenhäuser, Fürsorgeerziehungsanstalten, Blödenanstalten, Nervenheilstätten, Irrenstationen von Strafvollzugsanstalten, tunlichst im Austausch, der für alle beteiligten Faktoren erhebliche Vorzüge haben könnte. Regelmäßiger Wechsel in den Krankenabteilungen der Anstalt, im Arbeitsdienst, im Fürsorgedienst. Zeitweise Verwendung in anderen Dienststellen der Anstalt. Schaffung von Vorrückungsstellen. Organisation der Erholung und der Allgemeinbildung besonders des ledigen Pflegepersonals in der Anstalt (Pflegerheim, Sport, Musik, Vergnügungen — hauswirtschaftliche Ausbildung, gärtnerische Ausbildung — Maschinenschrift, Stenographie, Photographie usw.).

g) Durch Bereitstellung einer genügenden Pflegerreserve für besondere nächtliche Ereignisse (Brand, Meuterei, gefährliche Angriffe usw.).

h) Der natürlichste Weg: die Beschränkung übertriebener Dienstverkürzung wird sich unter dem Drucke harter Not von selbst ergeben.

Der unglückliche Gedanke, den Achtstundentag durch sofortige Einreihung des gesamten Pflegepersonals in eine Beamtenklasse vom Dienstantritt an vermeiden zu wollen, scheint glücklicherweise allgemein aufgegeben worden zu sein.

In einzelnen Anstalten, in denen der Achtstundentag eingeführt und ein wenig gutes Pflegepersonal vorhanden ist, können sich Verhältnisse ergeben, welche die Heranziehung von geistlichem (Ordens)Personal durchaus berechtigt erscheinen lassen, ja notwendig machen können. Das gilt besonders für Kliniken und Anstalten mit rasch wechselndem Krankenstand.

Die Entscheidung darüber, welche Wege in den einzelnen Anstalten zweckmäßig eingeschlagen werden, muß ebenso wie die Regelung der Diensteinteilung den einzelnen Anstalten überlassen bleiben.

Schlafen bei völlig ruhigen und harmlosen Kranken ist keinesfalls als Dienstzeit anzurechnen; bei ausnahmsweiser Störung eines bei solchen Kranken schlafenden Pflegers ist Entschädigung des Pflegers angezeigt.

In Anstalten, in denen jene Forderung nicht durchgesetzt werden kann, erscheint Ersatz der bei den Kranken schlafenden Pfleger durch patroullierende Wachen psychiatrisch besser und finanziell zweckmäßiger.

Der Vorschlag, die Nachtwache erst um zehn Uhr oder gar noch später aufziehen zu lassen, muß in Rücksicht auf die dadurch bedingte Störung der um diese Zeit fast allgemein schon schlafenden Kranken mit Nachdruck abgelehnt werden.

Bezüglich der Regelung der Diensteinteilung besteht eine außerordentlich weitgehende Verschiedenheit, die für sich allein schon beweist, wie schwierig es ist, die verkürzte Dienstzeit mit den Anforderungen des Krankendienstes in Übereinstimmung zu bringen. Die beste Regelung für viele Verhältnisse scheint mir zu sein

I. bei der 65- und 60-Stundenwoche:

1. Tag: Dienst von 6 (6^{30}) bis 9 (8^{30}) (Klammer = Winterdienst). Arbeitszeit der Kranken von 7^{30} (8) bis 11 Uhr. Mittagessen der Kranken von 11^{45} bis 12^{15} Uhr. Mittagpause der Pfleger 11 bis 11^{45} Uhr erste Schicht; 12^{15} bis 1 Uhr zweite Schicht; 1 bis 1^{45} Uhr dritte Schicht. Arbeitszeit der Kranken von 1^{45} bis 5^{30} (5) Uhr. Abendessen der Kranken von 6 bis 6^{30} Uhr. Abendpause der Pfleger: 5^{30} bis 6 (5 bis 5^{30}) Uhr erste Schicht; 6^{30} bis 7^{15} (6 bis 6^{45}) Uhr zweite Schicht; 7^{15} (6^{45}) von da an frei dritte Schicht.

Die erste Schicht der Mittags- und Abendpause würde tunlichst den ledigen, in der Anstalt verköstigten Pflegern zufallen.

Nachts: Die Nachtwachen, die nach einem Monat abgelöst werden, haben Dienst von 9 bis 6 Uhr, die freien Tage werden tunlichst am Ende jeden Monats zusammengenommen. Ein Drittel der Pfleger ist dienstpräsent eventuell in eigenen von den Kranken getrennten Schlafräumen (für Brand und sonstige Notfälle). Verheiratete werden zur Präsenz nur so weit herangezogen, als ledige Pfleger nicht verfügbar sind; jeder ledige Pfleger hat Anspruch auf mindestens ein bis zwei freie Nächte je Woche. Für das mit den Kranken auf Arbeit gehende Pflegepersonal besteht die gleiche Dienstzeit.

2. Tag: Dienst wie am ersten Tag, aber $^1/_3$ bis $^1/_4$ abends in der dritten Schicht von 7^{15} Uhr (6^{45}) an frei bis früh 6 Uhr des übernächsten Tages, soweit nicht Dienstpräsenz zu leisten ist.

3. Tag: (bzw. abwechselnd 4. Tag bei 65-Stundenwoche) dienstfrei.

Bei der 65-Stundenwoche (System der zwei ienstfreien Tage je Woche) wird sich zuweilen mpfehlen, nicht zwei ganze Tage, sondern einen anzen Tag und zwei halbe Tage frei zu geben.

V o r z ü g e dieser Diensteinteilung sind: 1. Der chichtwechsel ist auf die Zeit nach der (abgeseen von den schwersten Abteilungen) meist ereigislosen Nacht verlegt. 2. Jeden Tag sind fast wei Drittel aller tagesdiensttuenden Pfleger im ienste, von denen fast die Hälfte schon am Vorage Dienst machte, also über die Ereignisse des ortages unterrichtet ist; der ablösende Pfleger t mit dem abgelösten Pfleger einen ganzen Tag usammen oder war mit ihm zusammen am zwein Tage vor der Ablösung.

N a c h t e i l ist: während der Essenpausen ist in dritter Pfleger um den Kranken.

II. Bei der 48-Stundenwoche:

Vormittags erste Schicht Dienst von 6 (6^{30}) bis ^{30} = 7 $^1/_2$ Stunden (7); Nachmittags zweite Schicht ienst von 1^{30} bis 9 = 7 $^1/_2$ Stunden (7); Nachts ritte Schicht Dienst von 9 bis 6 früh = 9 Stunden 0). Schicht 1 und 2 hat einmal in der Woche inen ganzen Tag Dienst (von 6 bis 9 Uhr), einal in der Woche einen ganzen Tag frei.

V o r z ü g e sind: durch doppelte Besetzung ines jeden Postens kann dafür gesorgt werden, aß immer die gleichen zwei Pfleger beim gleichen ranken im Tagesdienst abwechseln, vorausgeetzt, daß auch für die Arbeitspfleger die gleiche iensteinteilung vorgesehen wird.

N a c h t e i l e sind: großer Personalbedarf; Übergabe des Dienstes mitten im Tage: bei der Vormittagsvisite weiß der Pfleger über den vorhergegangenen Nachmittag überhaupt nichts, bei der Nachmittagsvisite weiß der Pfleger über den Vormittag wohl meist nur unvollkommen Bescheid; noch nicht ein Siebentel des Personals ist den ganzen Tag anwesend; bei der Übergabe geht Zeit verloren; der rasche und häufige Wechsel erschwert die Feststellung der Verantwortlichkeit; der Nachtdienst ist im Vergleiche zum Tagesdienste für die Pfleger sehr ungünstig geregelt.

Die weitaus schlechteste Regelung scheint mir die zu sein, die im Wechsel einen Tag von Früh bis Abend Dienst und dann einen völlig freien Tag vorsieht, da bei dieser Regelung der Pfleger von den Ereignissen des Vortages nur das weiß, was ihm durch Vermittlung der Nachtwache mitgeteilt wurde; was eine Mitteilung aus zweiter Quelle wert ist, wissen wir Psychiater zur Genüge.

Nach den Vorschlägen würde sich folgende Dienstzeit ergeben:

I. Für die 65-Stundenwoche: 5 Tage Dienstpräsenz zu 15 (14) Stunden weniger $1^1/_2$ Stunden Essenspause = 5 mal $13^1/_2$ ($12^1/_2$) = $67^1/_2$ ($62^1/_2$) Stunden Dienstpräsenz, die sich bei 2 Stunden Essenspause auf 5 mal 13 (12) = 65 (60) Stunden ermäßigen.

II. Für die 60-Stundenwoche: $4^2/_3$ Tage Dienstpräsenz zu 15 (14) Stunden weniger $1^1/_2$ Stunden Essenspause = $4^2/_3$ mal $13^1/_2$ ($12^1/_2$) = 63 ($58^1/_3$) Stunden Dienstpräsenz. Da jeden dritten Arbeitstag abends noch 1 ($1^1/_2$) Stunde für die dritte Schicht ausfällt, ergeben sich rund 60 Wochenstunden.

III. Für die 48-Stundenwoche: 5 mal $7^1/_2$ (7) Stunden = $37^1/_2$ (35) Stunden an 5 Tagen der Woche, 1 mal 15 (14) weniger $1^1/_2$ = $13^1/_2$ ($12^1/_2$) Stunden = 51 ($47^1/_2$) Stunden oder, wenn die Essenspausen auf je 1 Stunde erhöht werden, $50^1/_2$ (47) Stunden.

Bei allen diesen Berechnungen ist zu berücksichtigen, daß das Pflegepersonal fast überall 10 bis 14 Tage länger Urlaub hat als der Arbeiter; $10 \times 8 = 80$ bis $14 \times 8 = 112$ Stunden Arbeitsausfall im Jahr, d. h. verteilt auf 52 Wochen $1^1/_2$ bis 2 Dienststunden pro Woche weniger.

Vorschläge für Regelung der Einreihung des Pflegepersonals in Beamtenklassen.

§ 1. Die mit der Pflege der Anstaltskranken betrauten Personen treten als H i l f s p f l e g e r (i n n e n) ein; Hilfspfleger sind nicht ruhegehaltsberechtigt außer im Falle einer nachgewiesenen Dienstbeschädigung; der Di-

rektor ist ohne weiteres zur Kündigung berechtigt, wenn sich ein Hilfspfleger für den Dienst nicht eignet. Die Hilfspfleger erhalten eine systematische Fachausbildung; sie werden nach deren Abschluß geprüft und erhalten einen Ausweis über die bestandene Prüfung.

§ 2. Nach zwei Jahren erfolgt die Ernennung aller geeigneten geprüften Hilfspfleger(innen) zu Pflegern(innen). Für Ernennung nicht geeignete Hilfspfleger(innen) können auf Ansuchen vom Anstaltsvorstand im Dienste belassen werden ev. bis zu anderweitiger Unterkunft.

Pfleger sind ruhegehaltsberechtigt; es besteht gegenseitige dreimonatige Kündigung; Kündigung und Entlassung sind mit besonderen Sicherungen umgeben. Für die Pfleger werden Wiederholungs- und Fortbildungskurse in den Dienststunden abgehalten; eine Ergänzung der Ausbildung durch vorübergehenden Austausch mit anderen, medizinischen Zwecken dienenden Anstalten bleibt vorbehalten; im übrigen sind für Hilfspfleger und nichtbeamtete Pfleger die Bestimmungen des Tarifvertrags maßgebend.

§ 3. Geeignete Pfleger sind nach fünf Jahren, geeignete Pflegerinnen nach fünf bis zehn Jahren in eine Klasse des staatlichen Gehaltsregulativs einzureihen (beamtete Pfleger). Die im Anstaltsdienste des Gebietes zugebrachte Dienstzeit kommt auf diese Karenzzeit voll zur Anrechnung; im übrigen bleibt Anrechnung vorbehalten. Bei der Ernennung wird die Vertretung der schon eingereihten Pfleger gehört. Jedem(r) nicht zur Einreihung qualifizierten Pfleger(in) steht das Recht zu, die Überprüfung seiner (ihrer) Qualifikation an der Schwesteranstalt zu verlangen; hält die Schwesteranstalt ihn (sie) für geeignet, so hat sie ihn (sie) zur Einreihung in das staatliche Gehaltsregulativ vorzuschlagen und im Dienste zu behalten.

Nicht für die Einreihung geeigneten Pflegern(innen), besonders verheirateten Pflegern kann auf Ansuchen vom Direktor gestattet werden, als nichtbeamteter Pfleger bis auf weiteres, ev. bis zur Ermittelung einer anderweitigen Unterkunft im Dienste zu bleiben; zu diesem Zwecke und gemäß § 6 sind Vorrückungen im Lohntarif auch nach fünf Jahren vorgesehen.

§ 4. Soweit mit der Einreihung nicht eine wesentliche Gehaltsvermehrung verbunden ist, können die bisher geleisteten Dienstjahre ganz oder teilweise angerechnet werden. Die über fünf (zehn) Dienstjahre hinaus geleistete Dienstzeit ist voll anzurechnen unter Anrechnung des Heeresdienstes im Kriege für die vor August 1914 eingetretenen Pfleger.

§ 5. Für die eingereihten Pfleger gelten alle Bestimmungen des Beamtengesetzes hinsichtlich der Rechte und Pflichten, der Sicherung der Stellung, der Pensionsberechtigung usw.; sonstige Abweichungen dürfen nur so weit stattfinden, als sie durch die Eigenart des Irrendienstes unbedingt geboten sind; für jede belastende Abweichung ist tunlichst ein Ausgleich zu bieten.

§ 6. Der Prozentsatz der beamteten Pfleger kann beschränkt werden, jedoch sollen bei den Pflegern ke- nesfalls weniger als zwei Drittel (die Hälfte), bei de Pflegerinnen nicht weniger als ein Viertel (ein Fünfte in das Gehaltsregulativ eingereiht sein.

§ 7. Den beamteten verheirateten Pflegern ist d Möglichkeit zu sichern, tunlichst alle Mahlzeiten mit de Familie einzunehmen. Auf nächtliche Präsenz ist b ihnen tunlichst zu verzichten, keinesfalls soll Präsen von ihnen öfter als ein- bis zweimal wöchentlich gef dert werden. Ledige beamtete Pfleger(innen) erhalte Schlüssel und tunlichst zu zweien eigene Schlafgelege heit. Die freie Station ist nach dem wahren Wert z ersetzen, den sie für den Nutznießer hat, soweit nic der Beamte auf ärztlichen Wunsch gehalten ist, sie der Anstalt zu nehmen. Alle Bemühungen, für d beamteten Pfleger Familienwohnungen zu bauen, si nach Tunlichkeit zu fördern und für diesen Zweck au Mittel zur Verfügung zu stellen.

Für die Ernennung ist vorzulegen: 1. Ausweis üb die bestandene Prüfung (s. § 1); 2. eine von den b herigen Abteilungsärzten entworfene, vom Direktor g billigte Qualifikation; 3. ein genauer, selbst verfaßt Bericht über erbliche Belastung und bisher überstande Krankheiten und die Erklärung, daß der Bewerber b absichtigt, dauernd im Irrendienste zu verbleiben; 4. e amtsärztliches Zeugnis über vollkommene körperlic und geistige Gesundheit; der Direktor kann anordne daß der Zeugnisausstellung Spezialuntersuchungen einem Krankenhause auf Kosten der Anstalt vora gehen. Eine nachweisbar im Dienste der Anstalt od im Felde erworbene Krankheit usw. darf kein Hi dernis bilden für die Einreihung.

Als Altersgrenze für die Einreihung werden 35 Jahr festgesetzt.

§ 8. Jeder Pfleger ist verpflichtet, sich im Bedarf falle in anderen entsprechenden Stellen des Anstalt dienstes verwenden zu lassen, jedoch darf eine Mind rung der Bezüge damit nicht verbunden sein, es sei de eine ordnungsgemäße Kündigung vorausgegangen.

§ 9. Zur Wahrung der absoluten Ehrlichkeit si während der Zeit der wirtschaftlichen Notlage bei d Eigenart des Dienstes besondere Disziplinarbefugnis der Direktion gegenüber den nichtbeamteten Pfleger erforderlich.

§ 10. Aufsichtspfleger(innen) erhalten eine jährlich Zulage von zunächst 480 M, soweit nicht Einreihung eine höhere Beamtenklasse möglich ist; die Zahl d Aufsichtspfleger ist im Interesse des Dienstes zu ve doppeln; für die Aufsichtspfleger bleibt eine besonde Diensteinteilung vorbehalten.

Übergangsbestimmung: Bei den zurze im Dienste stehenden, vor dem 1. August 1914 eing tretenen Pflegern kommt die Zeit, die sie im He resdienste zurückgelegt haben, für die Berechnung d fünfjährigen Karenzzeit voll zur Anrechnung. Auf d Vorlage des Ernennungsbeleges 1 wird bei den mehr a fünf Jahre im Dienste stehenden Pflegern allgemein ve zichtet; auf die Vorlage der Belege 3 und 4 wird für al



r dem 1. August 1914 eingetretenen Pfleger, die im lddienste standen, verzichtet, doch wird der Nachweis r Beteiligung an einem Pflegerkurse gefordert. Be- ; 2 wird möglichst wohlwollend gewürdigt werden; die rzeit über fünf (sieben, zehn) Jahre im Dienste stehen- n Pflegerinnen sind verpflichtet zur Vorlage s Nachweises der Beteiligung an einem Pflegerkurse d zur Vorlage der Belege 1 mit 3.

Beamtete Pfleger(innen), die von der Vorlage des leges 1 entbunden wurden, werden zu Aus- und Fortdungskursen in den Dienststunden herangezogen, doch d die nachträgliche Ablegung einer Prüfung nicht n ihnen gefordert werden. Altersgrenze und ev. (Pfle-!) Prozentsatz der Beamten kann überschritten wer- l.

. Gesetzliche Bestimmungen über Heranziehung des Personals.

6. Es ist ärztlich angängig, daß ch in Irrenanstalten den Ange- ellten die Möglichkeit gegeben rd, vor der Entscheidung über le, ihre Angelegenheiten betref- nden Fragen sich zu äußern und ne gegenteilige Auffassung mit gründung auf dem Dienstwege r Kenntnis der maßgebenden Stel- n zu bringen; die Entscheidung iß — unter besonderer Berück- htigung der ärztlichen Gesichts- nkte — durch die zuständige Be- rde getroffen werden, vorbehalt- h der Sicherung des Beschwerde- d Berufungsrechts der Angestell- l.

Es ist ärztlich angängig, wenn dem Personale Möglichkeit geboten wird, bei der Verhängung Strafen, soweit sie über Rügen und Verweis usgehen, durch seine Vertretung gehört zu wer- : das Recht, die Strafe auszusprechen und vor- ge Dienstenthebung zu verfügen, muß der Be- le voll gewahrt bleiben, vorbehaltlich des hts der Berufung und des Rechts der Vertre- , eine gegenteilige Auffassung zur Kenntnis Berufungsinstanz zu bringen.

Es ist ärztlich angängig, daß bei der Besetzung Stellen die Angestellten der Klasse, aus denen zu Ernennende kommt und die Angestellten Klasse, in die er berufen wird, in ihrer Vertre- gehört werden; das Recht der Ernennung der zuständigen Behörde voll gewahrt blei- vorbehaltlich des Rechtes der in Frage kom- den Angestelltengruppen, Bedenken auf dem stwege zur Kenntnis der zuständigen Behörde zu bringen. Da alle grundsätzlichen Fragen des Anstaltsbetriebes, und da alle Ernennungen im Anstaltsdienste Rückwirkung auf die Kranken haben, und da ihr Einfluß auf den Anstaltsdienst sich nur vom berufenen Fachmann übersehen läßt, ist bei der Entscheidung über alle diese Fragen des Anstaltsdienstes und über Ernennungen und Beförderungen stets die Mitwirkung der berufenen psychiatrischen Stellen zu sichern.

7. Es erscheint dringend geboten, neben den Angestellten auch einzelnen geeigneten Kranken und den Angehörigen unserer Kranken, d. h. denjenigen Faktoren, die an der Gestaltung der Anstaltsverhältnisse am meisten und am unmittelbarsten interessiert sind, in allen die Kranken berührenden Fragen ein gewisses Mitwirkungsrecht einzuräumen und dadurch die selbstverständliche Tatsache zu betonen, daß die Anstalten in erster Linie für die Kranken da sind, und daß die erste und heiligste Pflicht des Arztes die Wahrung der Rechte der Kranken ist und daß seine natürliche Pflicht, für die Angestellten einzutreten, da ihre Grenze findet, wo der Widerspruch mit den Interessen der Kranken beginnt.

Diese Mitwirkung der Kranken und ihrer Angehörigen wird dazu beitragen, das zur Zeit fast allgemein geklagte Überwuchern der Interessen der Kranken durch die Interessen der Angestellten einzudämmen.

Die Fähigkeit einzelner Kranker zu dieser Mitwirkung ist sicher nicht geringer als die Fähigkeit einzelner Schüler und Schülerinnen unserer Lehranstalten.

Ob die Not der Zeit dauernd die Betriebserschwerung gestatten wird, die in der regelmäßigen Anhörung zahlreicher Vertretungen liegt, ist eine Frage, deren Beantwortung die Zukunft geben wird.

8. Die Heranziehung der übrigen Angestellten; die zunehmende Bedeutung, die der ärztliche Dienst durch die Verkürzung der Dienstpräsenz des Pflegepersonals erlangt hat; die Notwendigkeit, auch die dem Direktor nachgeordneten ärztlichen Stellen, die für einen zunehmend großen Prozentsatz der Ärzte Lebensstellungen geworden sind, auch in beruflicher Hinsicht befriedigend zu gestalten, lassen geboten



erscheinen, den definitiv angestellten Ärzten im Abteilungsdienste das höchste, mögliche Maß von Selbständigkeit, ferner das Recht des Einblickes in den Gesamtbetrieb, einer gewissen Mitwirkung am Gesamtbetrieb und an den höheren Aufgaben der Anstalt zu sichern und besondere Forderungen für Stellung und Auslese der Ärzte aufzustellen.

9. Der Direktor ist gehalten, die definitiv angestellten Ärzte in allen grundsätzlich wichtigen Fragen und auf entsprechend unterstützten Antrag in ärztlichen Einzelfragen zu hören, abweichende Stellungnahme einer Majorität auf Antrag einem Schiedsspruch zu unterstellen, abweichende Stellungnahme einer Minorität auf entsprechend unterstützten Antrag vorzulegen. Der Versuch, die definitiven Ärzte in einem Kollegium zu vereinen und diesem Ärztekollegium auch das Recht der Beschlußfassung für gewisse Fragen einzuräumen, wird überall da empfohlen, wo die Mehrzahl der Ärzte sich für diesen Versuch ausspricht.

Eingehende Vorschläge zur Organisation des ärztlichen Dienstes finden sich in Psych. neur. Wochenschr. 1920/21 S. 31 ff.

C. Bevorstehende Änderung des Strafgesetzbuches und der Strafprozeßordnung.

10. Die bevorstehende Reform des Strafrechts bringt voraussichtlich die Möglichkeit des Strafvollzuges de gemindert Zurechnungsfähigen in eigenen Anstalten ode Abteilungen; die Möglichkeit der Anstaltsverwahrun durch Gerichtsspruch bei Unzurechnungsfähigen oder ge mindert Zurechnungsfähigen an Stelle der Strafe ode nach dem Strafvollzug; die Möglichkeit der Unterbri gung von straffälligen Trinkern durch Gerichtsspruc in einer Trinkerheilanstalt; den Ausbau der Arbeitshä ser zu Besserungsanstalten; die bedingte Verurteilung überhaupt die Möglichkeit des Ersatzes oder der E gänzung der Strafe durch bessernde und sichernde Ma nahmen, vor allem die Schutzaufsicht an Stelle Strafe oder nach der Strafe, und damit der Psychiatrie eine bedeutende Er weiterung ihres Tätigkeitskreises.

Für unsere Kliniken ergibt sic daraus die Notwendigkeit einer e höhten Pflege der forensen Ps chiatrie, besonders auch in Kurse für Anstaltsärzte, Juristen, Stra anstaltsbeamte durch erstklassi Kräfte; für unsere Anstalten die Mög lichkeit eines erhöhten Zuganges Kriminellen und die Möglichke den Justizbehörden im extern Dienste eine schon ausgebildet fachärztlich geleitete Organisati zur Verfügung zu stellen für d Schutzaufsicht über Psychopath und sonstige geistig anomale Pe sonen (vgl. Ziffer 11).

(Fortsetzung fol

(Aus der oberfr. Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth. Direktor: Med.-Rat Dr. Hock.)

Isolierte Ventrikeltuberkulose — Chorea minor?

Von Anstaltsarzt Dr. **Resch.**

Am 19. Februar 1919 wurde in die Heil- und Pflegeanstalt ein 22jähr. Mädchen — A. Sch. — aufgenommen, das gemütlich stumpf und schwer besinnlich war, lebhaftes Grimassieren und am Kopf und den Extremitäten, besonders am linken Arm, choreatische Zuckungen zeigte.

Die Vorgeschichte ergab keine erbliche Belastung. In der Kindheit hatte die Kranke einmal Diphtherie. Nach der Schule kam sie in den Dienst als Bauernmagd, mußte sehr schwer arbeiten. November 1917 erkältete sie sich beim Waschen, verlor die Menses, die seitdem ausblieben. Vier Monate später Schwellung beider Füße bis zu Knien (Gelenkhreumatismus?). Nach einem Mo Besserung. Etwa drei Monate später Zuckun in Armen und Beinen. Vom 30. Juni bis 17. Au 1918 war sie in der medizinischen Klinik Erla wegen „Chorea minor" und wurde „geheilt" lassen. Patientin konnte zu Hause etwas arbe

November 1918 Verschlimmerung im Ansc an einen Schreck. Patientin sprach seitdem k mehr, aß nicht spontan, mußte gelöffelt wer klagte viel über Kopfschmerzen, schlief schle Zu einer Beschäftigung war sie nicht fähig.

In der Anstalt ist die Kranke zunächst meist :icht benommen, Arme und Beine sind in ständiger Inruhe, zucken, werden geschleudert, der Kopf ird ruckartig gedreht; sie wirft sich im Bett herm, stößt oft einzelne Worte schreiend aus, griıassiert lebhaft. Die Nahrungsaufnahme ist sehr rschwert. Flüssige Nahrung kann ihr mit dem öffel beigebracht werden. Die Unruhe wird verärkt, sobald man sich mit ihr beschäftigt. Der chlaf ist trotz Schlafmittel schlecht und ungenüend. Viel unrein mit Urin.

Körperlich ist die Lichtreaktion der Pupillen halten, die Patellarsehnenreflexe sind lebhaft, die rigen nicht pathologisch verändert. Es besteht ttern beim Vorstrecken der Zunge und starke ermographie. Die inneren Organe bieten nichts ankhaftes. Weicher beschleunigter Puls (110 in r Minute).

Anfang März gehen per os und per rectum Askaſen ab. Es tritt Eiweiß im Urin auf, zeitweilig mit linder. Der erste Herzton ist von einem lauten ısenden Geräusch begleitet.

Anfang Mai wird die Kranke psychisch etwas ier. Sie gibt auf Fragen oft sinngemäße Antırten, erkennt Arzt und Pflegerinnen. Die Antırten erfolgen nach langer Zeit und in einzelnen gerissenen Worten, die Artikulation ist erıwert. Doch ist sie (sich selbst überlassen) völlig lnahmslos, äußert kaum einen Wunsch. Über e Lage ist sie nicht klar. Viel unrein. Die oreatischen Bewegungen bestehen in unverminter Stärke. Gehen ist unmöglich. Unruhiger ılaf. Das Körpergewicht sinkt stetig (53 bis kg).

Brom und Arsen sind ohne Erfolg.

Am 26. Mai hat sie einen Anfall von klonischen npfen mit arc de cercle. Am 6. Juni treten i Anfälle mit krampfhaften Zuckungen der Exmitäten nach kurzem Aufschreien von nur weni- Sekunden Dauer auf. Gleichzeitig öfter Erchen. Klagen über Schmerzen in den Beinen. ne Änderung in den sonstigen Symptomen, beders den Reflexen, kein Babinski.

Am 7. Juni 1919 bei der Abendvisite streckt sie ı Arzt freundlich die Hand entgegen, spricht ge Worte. Gleich danach verweigert sie das ndessen, verfärbt sich plötzlich dunkelblaurot im icht und an den Händen, der Puls setzt aus. tz Kampfer rascher Exitus letalis um 6 Uhr Minuten nachmittags.

Die Sektion am 8. Juni 1919 ergibt:

Kopf: Schädel hart. Harte Hirnhaut sehr gennt, trocken. Längsblutleiter leer. Weiche ıte glasig, stellenweise getrübt, Gefäße zart. Pacchion. Granulationen stark entwickelt. Hirnwindungen abgeplattet. Sulci strichförmig, nicht fühlbar. — Bei Versuch, den Balken freizulegen, bricht dieser auf und es entleert sich eine große Menge trüber flockiger Flüssigkeit. — Die Seitenkammern sind hochgradig erweitert, Hirnmantel stellenweise nur 1,5 cm dick. Die Plexus chorioidei sind dem Boden der Ventrikel aufgelagert. Das Ependym ist von größeren und kleineren warzenförmigen Höckern bedeckt, die über den Stammganglien am größten sind. Plexus und Tela chorioidea zeigen die gleiche höckerige Beschaffenheit wie das Ependym. Aquäduktus und vierter Ventrikel sind ebenso verändert. Nur in Vorder- und Hinterhörnern ist das Ependym glatt und nur mit kleinen miliaren Knötchen durchsetzt.

Herz: Myodegeneratio. Endokarditische verruköse Auflagerungen an der Mitralis. Geringe sklerotische Veränderungen an Aorta und den Aortenklappen.

Lungen: Unterlappen agonal gestaut, sonst o. B.

Leber: undeutliche Zeichnung, sehr blutreich.

Nieren: blutreich, glasig, Grenze zwischen Rinde und Mark verwaschen.

Milz: nicht vergrößert, o. B.

Darm: im unteren Dünndarm 18 Askariden, sonst o. B.

Eierstöcke: kleine Zysten.

Als Todesursache wurde Myodegeneratio cordis angenommen.

Das Gehirn wurde in Formol gehärtet und dem pathologischen Institut Würzburg zur mikroskopischen Untersuchung zugesandt, die folgendes Ergebnis hatte:

„Mikroskopisch sind die Knoten im Ependym und Plexus Tuberkel. Die größten vielfach konfluierenden und zentral verkästen, liegen über den großen Ganglien und in Tela und Plexus chorioides. In dem Plexus ist der ganze dem Ventrikel zugekehrte Teil umgewandelt in tuberkulöses verkäsendes Granulationsgewebe und nur an der unteren Seite noch deutliches zottiges Gewebe vorhanden. Dieses tuberkulöse Granulationsgewebe hängt an den Rändern des Plexus mit dem Gehirngewebe zusammen, welches hier starke Lymphozyteninfiltrationen und unter denselben zahlreiche kleine Lymphozytenknötchen, hauptsächlich wohl um Blutgefäße herum, zeigt. Die oberflächlichen Teile der angrenzenden Hirnsubstanz sind ab und zu von größeren verkäsenden Tuberkeln eingenommen. Im Ependym der Vorder- und Hinterhörner liegen nur kleine Knötchen, stellenweise aber unter denselben im Hirngewebe voll entwickelte miliare Tuberkel." „Auf zahlreichen



Schnitten durch alle Teile der Hirnsubstanz wird nichts von einem Herd, speziell einem Solitärtuberkel in derselben gefunden. Diagnose: reine Ventrikeltuberkulose."

Klinisch ist der vorliegende Fall eine Chorea minor. Das beherrschende Symptom ist das Zucken und Schleudern mit den Extremitäten, das ruckweise Drehen des Kopfes, das Grimassieren. Es kommt dazu noch der weiche beschleunigte Puls, das systolische Geräusch am Herzen, Eiweiß, Zylinder im Urin. Die Vorgeschichte bringt den Hinweis auf eine Erkältung. Die Schwellungen der Beine sind wohl als Gelenkrheumatismus zu deuten. Eine choreatische Erkrankung ist bereits vorausgegangen.

Bei den psychischen Erscheinungen steht im Vordergrund die anfänglich fast ständig bestehende Benommenheit. Wie die Kranke etwas freier wird, ist sie teilnahmslos, gleichgültig, verkennt ihre Lage, faßt schwer auf. Die Sprache ist erschwert, erfolgt nur in einzelnen abgehackten Worten. Von Sinnestäuschungen und Wahnbildungen ist nichts festzustellen.

Die in den letzten Lebenstagen aufgetretenen Anfälle stimmen allein nicht so ganz in das Krankheitsbild. Doch wurden diese Anfälle nur von den Pflegerinnen beobachtet. Kleist sah bei Chorea „forcierte und sehr oft tonisch verharrende Überstreckungen der Wirbelsäule und Streckungen der Beine" „und es entstand nicht selten eine dem hysterischen Kreisbogen ähnliche Haltung".

Die Sektion nun ergibt am Herzen den für Chorea charakteristischen Befund, daneben chronisch-pathologische Veränderungen an den Nieren. In den Ventrikeln des Gehirns findet sich eine isolierte Tuberkulose des Ependyms und der Chor oidea, die auf das anschließende Gehirngewebe, b sonders die zentralen Ganglien übergreift. D ganze übrige Körper zeigt sich frei von Tuberk lose. Die Ventrikel sind stark erweitert, mit trüb flockiger Flüssigkeit angefüllt.

Es erhebt sich die Frage, ob man nach diese Befund die Diagnose Chorea minor aufrecht erh ten kann. Im allgemeinen gilt, daß die Chorea Anschluß an Gelenkrheumatismus auftritt („met rheumatische Krankheit"). Doch sind auch Fä bekannt, in denen sie sich an Typhus, Scharla Lues u. a., auch an Tuberkulose anschloß.

Andererseits findet sich leichte choreaähnlic Unruhe als Symptom des (erworbenen) Hyd zephalus.

Die Lokalisation des tuberkulösen Proze entspräche der durch Anton aufgestellten Th rie „einer krankhaften Funktionssteigerung Sehhügels, sei es durch direkte Reizung desselb sei es durch Wegfall einer vom Linsenkern aus übten Hemmungsfunktion" (nach Kleist).

Nach Dzershinsky (Zeitschr. für ges. Ne u. Psych. Ref. Bd. 5 S. 607) ist die Sydenhams Chorea eine Sammelgruppe von wesentlich v schiedenen Krankheiten. Hudoverning schreibt eine Ependymitis als Ursache ei Chorea.

Nach all dem glaube ich an der klinischen D gnose Chorea minor festhalten zu können, o entscheiden zu wollen, ob die Tuberkulose der V trikel die Ursache dazu war oder sich erst sekund in dem durch den choreatischen Prozeß geschäd ten Gewebe ansiedelte.

Gebührenneureglung für psychiatrisch-forensische Gutachtertätigkeit.

In seinem Referat auf der Hamburger Tagung des Reichsverbandes hat Herr Banse, Lauenburg, auf die Verschiedenheit der Gebühren für forensisch-psychiatrische Begutachtungen in den einzelnen deutschen Staaten hingewiesen, vor allem aber auch darauf, daß diese Gebühren schon für Friedenszeiten in den meisten Staaten völlig unzulänglich waren, und daß die jetzt infolge der Teuerung erfolgten Erhöhungen auch noch durchaus nicht den bescheidensten Ansprüchen genügen. Eine Neuregelung dieser Gebühren ist in allen Staaten zu erwarten, teilweise, so in Württemberg, wohl schon erfolgt.

Die in Hamburg vom Reichsverband gewählte Kommission (s. Bericht in dieser Wochenschrift Nr. 11-12) hat nun die Wünsche für Neureglung Gebühren für forensisch-psychiatrische Beguta tungen zusammengestellt und in unten stehen Form mit kurzer Begründung den in Betracht ko menden Ministerien usw. durch die einzelnen L desvereine zugehen lassen. Das vom Vorstand R.-V. an diese Behörden gerichtete, nachsteh auch wiedergegebene Anschreiben weist kurz die bisherigen Verschiedenheiten bei der Gebüh berechnung in einzelnen Staaten besonders bezügl. der Anwendung der Reichsgebührenord vom 10. Juni 1914 hin und bringt den Wunsch heitlicher Regelung unter Hinzuziehung von V tretern der Anstaltspsychiater zum Ausdruck.

Ein Abdruck unserer Wünsche wird allen Är



nmern sowie den Medizinalbeamtenvereinen zu-
;andt.

Bei der Zusammenstellung der Kommission sind
früheren Gebührenordnungen der Einzelstaaten,
Reichsgebührenordnung, die neue württember-
che Gebührenordnung, die neue ärztliche Ge-
irenordnung des Leipziger Verbandes und der
wurf der preußischen Kreisärzte für Neurege-
g der preußischen Gebührenordnung berücksich-
; worden.

Landsberg a. W., den 19. Juli 1920.

An den

Herrn Minister usw.

Der Reichsverband beamteter deutscher Irren-
te überreicht in der Anlage die von seiner Ge-
renordnungskommission aufgestellten Wünsche
Neuregelung der gerichtsärztlichen Gebühren
üglich psychiatrisch zu begutachtender Fälle und
et, sie zu berücksichtigen bei Änderung des
ührentarifs, wie sie ja den Zeitverhältnissen
sprechend in allen deutschen Staaten geplant
r. bereits in Angriff genommen ist.

Wir bemerken hier noch, daß die beamteten
närzte fast in allen deutschen Staaten auf Grund
rlandesgerichtlicher Entscheidungen als öffent-
e Beamte im Sinne des § 13 der Reichsgebüh-
rdnung vom 10. Juni 1914 angesehen werden
infolgedessen nicht nach dieser Verordnung
dieren dürfen, sondern an die Verordnungen
einzelnen Staaten für Kreis- und Gerichtsärzte
unden sind.

Im übrigen verweisen wir auf die von unserer
mission ausgearbeiteten Begründungen zu den
elnen Wünschen.

Wir hoffen, daß auf Grund unserer Wünsche
lichst eine einheitliche Regelung der Gebühren
psychiatrisch-forensische Begutachtungen in
z Deutschland erzielt wird, und bitten bei der
regelung die Vertreter des Reichsverbandes
mteter deutscher Irrenärzte bzw. der einzelnen
desverbände hinzuziehen.

Der Vorsitzende.

**sche zur Neuregelung der gerichtlichen Sach-
ständigengebühren betr. psychiatrische Fälle.**

gestellt von der vom Reichsverband beamteter
eutscher Irrenärzte gewählten Kommission.

ie Begutachtung des Geisteszustandes ist an-
ers zu bewerten als die eines körperlichen Zu-
tandes. Daher sind für die Vorbereitung für
ieses Gutachten und für die Gutachten selbst
esondere Gebühren aufzustellen.

2. Die Höhe der Gebühren ist den Zeitverhältnissen anzupassen.
   a) Abwartung eines Termins bis zur Dauer von zwei Stunden einschl. des erstatteten mündlichen Gutachtens 20 M.
      Jede angefangene Stunde mehr 10 M.
      Die Gebühr ist nach der Zeit zu berechnen, während welcher der Gutachter seiner beruflichen Tätigkeit entzogen ist.
   b) Untersuchung und Beobachtung einer Person behufs Vorbereitung eines Gutachtens 25 bis 300 M.
   c) Akteneinsicht für jede angefangene halbe Stunde 5 M.
   d) Entnahme einer Blutprobe 6 M.
      Entnahme der Rückenmarksflüssigkeit 12 M.
      Serologische, chemische und mikroskopische Untersuchung des Blutes und der Rückenmarksflüssigkeit für jede Untersuchung 10 M.
      Der Gutachter ist berechtigt, zu diesen Verrichtungen ärztliche Gehilfen heranzuziehen.
   e) Ein kurzes schriftliches Gutachten über den Geisteszustand einer Person ohne wissenschaftliche Begründung 20 M.
   f) Ein schriftliches, ausführliches, wissenschaftlich begründetes Gutachten über den Geisteszustand einer Person 30 bis 300 M.
   g) Tagegelder in gleicher Höhe wie Staatsbeamte bei Dienstreisen oder wie die Ärzte als Beamte ihrer Verwaltung erhalten.
   h) Gebühren für Reinschrift sind den wirklichen Aufwendungen entsprechend zu bezahlen.
3. Wird ein schriftliches Gutachten verlangt, so treten zu den Gebühren (2e und 2f) noch die Gebühren für Untersuchung, Beobachtung, Akteneinsicht und weitere Untersuchungen hinzu (2b bis d).
4. Die Höhe der Liquidation richtet sich nach Lage des einzelnen Falles (Schwierigkeit der Leistung, Zeitaufwand). Erscheint dem Gericht die Gebühr zu hoch angesetzt, so kann es einen Sachverständigen darüber hören, der für jeden Bundesstaat bzw. für bestimmte Bezirke desselben von dem Reichs- oder Landesverband beamteter deutscher Irrenärzte ernannt wird. Gegen die Entscheidung des Gerichts kann der Gutachter eine höhere Instanz anrufen, die den Gebührensachverständigen hören muß.

Begründung.

Zu 1. Die gerichtlichen Begutachtungen eines Geisteszustandes erfordern im allgemeinen nicht



nur einen erheblicheren Zeitaufwand, sondern auch mehr spezialistische Ausbildung und Erfahrung, als die eines körperlichen Zustandes. Dem ist bereits Rechnung getragen in den früheren Gebührenordnungen einzelner Staaten, z. B. Bayern: Höchstgebühr für ein Gutachten über einen körperlichen Zustand 50 M, über den Geisteszustand 100 M.

Zu 2. Die Erhöhung der Gebühren im allgemeinen bedarf wohl keiner weiteren Begründung und ist allgemein ja schon anerkannt. Für die Einzelgebühren sei nur darauf hingewiesen, daß diese schon in Friedenszeiten selbst in ihren Höchstsätzen in den wenigsten Staaten der aufgewandten Mühe und Arbeit entsprachen. In Preußen wurde dem insofern schon Rechnung getragen, als die Höchstgebühr überschritten werden konnte, wozu aber in jedem Falle die Genehmigung des Regierungspräsidenten eingeholt werden mußte.

Die Berechnung der Gebühr nur allein nach der aufgewandten Zeit, wie es z. B. die Reichsgebührenordnung von 1914 vorsieht, erscheint unbillig, da dadurch der geübte und erfahrene Gutachter in erheblichen Nachteil gerät gegenüber dem weniger erfahrenen. Auch könnten durch unnötige Ausführlichkeit des schriftlichen Gutachtens, z. B. wörtliche Wiedergabe aller Untersuchungsprotokolle, an sich leichte Fälle höher bewertet werden als schwierigere. — Lediglich für Akteneinsicht erscheint die Berechnung nach der aufgewandten Zeit angemessen, obwohl ja auch hier die obigen Bedenken bezüglich der Übung des Gutachters bestehen. Sie fallen dabei vielleicht aber weniger ins Gewicht.

Zu 2 a. Die Berechnung der ganzen Zeit, also auch der Wegezeit und der Wartezeit, erscheint angebracht und ist anderwärts, so in de[r] [Re]ich[s-]gebührenordnung, auch schon vorgesehen.

Zu 2 b. Die besondere Art der meist d[ort] sta[tt-]findenden längeren Beobachtung der Gei[steskra]n[-]ken läßt es wünschenswert erscheinen, hie[r] e[ine] entsprechende Gesamtsumme zu berech[nen an] Stelle einzelner sogenannter Vorbesuche.

Zu 3. Die Sonderberechnung der Beobacht[un-]gen, Untersuchungen, Akteneinsicht usw. auch [neben dem] schriftlichen Gutachten erscheint deshalb gere[cht-]fertigt, da dafür bei manchen an sich nicht [so] schwierig zu beurteilenden Fällen doch ein er[heb-]licher Zeitaufwand erforderlich ist und bei getre[nn-]ter Berechnung die Kontrolle und Beurteilung [des] Gebührenansatzes erleichtert ist. Daß diese [Ge-]bühren noch n e b e n der für das schriftliche G[ut-]achten verrechnet werden können, ist bei der H[öhe] für diese (2 e und f) berücksichtigt. Diese Son[der-]berechnung besteht auch tatsächlich schon in [den] Gebührenordnungen einzelner Staaten, z. B. in [der] neuen württembergischen Gebührenordnung [vom] 9. Juni 1920.

Zu 4. Es ist durchaus nicht angängig, daß, [wie] manche Gerichte annehmen wollen, der Sach[ver-]ständige dem Gericht gegenüber an die Min[dest-]sätze gebunden ist und etwa nur in solchen F[ällen] höhere Gebühren ansetzen kann, wo die ko[sten-]tragende Privatpartei in zahlungsfähiger Lag[e ist] (wie es nach der alten Gebührenordnung in Bay[ern] der Fall war).

Über die Angemessenheit des Gebührenansa[tzes] entscheidet zunächst das Gericht, für welches [das] Gutachten abgegeben ist. Die Zuziehung e[ines] psychiatrischen Sachverständigen ist deshalb [er-]forderlich, weil nur dieser den Fall richtig be[züg-]lich der Schwierigkeit beurteilen kann.

Mitteilungen.

— **Reichsverband.** Wir haben vom preußischen Minister für Volkswohlfahrt auf unsere Eingabe bezüglich der Änderung der Sachverständigengebühren die Antwort erhalten, daß diese Eingabe bei den geplanten Verhandlungen über die Neuregelung der gerichtsärztlichen Gebühren in Erwägung gezogen werde.

— **Standesverein bayerischer Anstaltsärzte.** Der Verband bayerischer Kreistage hat in einer Sitzung vom 23. Juli 1920 hinsichtlich der Einreihung der Ärzte an den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten in die neue Besoldungsordnung folgende Richtlinien aufgestellt: Hilfsärzte in Gruppe IX, Anstaltsärzte in X, Oberärzte in XI, Stellvertreter der Direktoren in XII, Direktoren in XIII. Für Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Gartengenuß soll ein mäßiger Betrag in Abzug kommen. Es wird nun Sache der einzelnen Kreisräte sein, die von wohlwollendem Verständnis diktierten Richtlinien [des] Verbandes in die Tat umzusetzen.

Buchbesprechungen.

— M i s a r , Olga, Neuen Liebesidealen entg[egen.] IV und 59 S. 1919.

F r a n k , Dr. Karl, Die Parteilichkeit der V[...] und Rasse-Abergläubischen. 32 S. 1919.

G u t t m a n n , Richard, Die Kinomenschheit. 1916. Alles: Anzengruber-Verlag, Brüder Suschi[tzky,] Wien-Leipzig.

Drei ganz bemerkenswerte Broschüren aus de[m in] letzter Zeit sehr rührigen Wiener Verlage. Olga Mi[sar] verteidigt das freie Verhältnis gegenüber dem „H[err-]schaftsverhältnis" der Ehe, phantastisch, wie alle Se[...]



eformer und -reformerinnen aber wenigstens mit Vertändnis für das verschiedene geschlechtliche Empfinden eim Manne und beim Weibe und ohne das nun einmal nmögliche Bestreben, dem Manne ein Gouvernantenleal aufzunötigen. — Frank benutzt das reiche Mateal, das die Völkerverhetzung im letzten Kriege geracht hat, nebst manchen Liebenswürdigkeiten, die ch auch sonst benachbarte Völker gegenseitig nachsagen wissen, um damit die Theorien von der Hochd Minderwertigkeit der Rassen zu verdächtigen. Er hießt dabei aber ebenso sehr über das Ziel hinaus wie it seinem Pazifismus, der im Helden nur den „konssionierten Totschläger" sehen will. — Psychologisch t die kleine Schrift von Guttmann unstreitig die teressanteste. Wir erfahren vom „Kinorausch" und m „Kinotraum", dem erotischen Einschlag der Kinoamas. Die Beziehungen des Kinos zum Theater (Reindts Zirkusspiele) und zu Werken der neueren Literar, wie Meyrinks Golem, werden mit scharfer Kritik, er mit guten Gründen aufgedeckt. Kino ist Schein d Fiktion, damit wird eine Anknüpfung an Vaihingers hilosophie des Als-Ob" gewonnen und im letzten pitel durchgeführt. „Der Mensch, der von der Straße s Kino tritt, will nicht belehrt sein." „Die Masse rauscht sich, weil sie sich nüchtern zu sehr des Elends wußt geworden ist. Die Masse läßt die Maschine für h denken, weil sie die Aussichtslosigkeit des kritischen rstandes eingesehen hat." Erst die Verinnerlichung, die ße Parole der neuen Humanität, wird die Kinomenscht überwinden. Ich möchte das gedankenreiche Heftm nachdrücklich empfehlen. Hoppe, Rinteln.

— von Gleichen-Rußwurm, Alex., Das hre Gesicht. Weltgeschichte des sozialistischen Geikens. 301 S. Darmstadt 1919, Otto Reichel Verlag. b. 9,00 M.

Enthält die Kapitel: Vom Geist der Geschichtsschreig, die Brüder Moor, die Grundlagen des modernen ialismus, Claude Henri Saint-Simon, Charles Fou-, erste Kämpfe gegen das Kapital, Arbeit und Mehrrt, soziale Schönheit, Ferdinand Lasalle, Staat und sönlichkeit, der Marxismus, Theorie und Wirklicht, die Wege des Marxismus, Leo Tolstoi, Jean Jaurès, ethische Forderung. Von dem scharfen kritischen st des Verfassers durchweht, fesselnd in der Darlung, wird das Buch zahlreiche Leser finden. Uns ressiert die Stellung des Verf.s (S. 150), daß Sozioe nur durch Psychologie rationell ermöglicht wird. les kommt darauf an, daß der Staat durch Nah- und ngesetze der Psychologie kontrolliert wird und dach vertrauenswürdig erscheint" (S. 154). Darum te das Buch auch in unseren Kreisen fleißig gelesen den. Bresler.

— Bumke, Oswald, Die Diagnose der Geistesnkheiten. 657 S. Mit 86 Abbildungen im Text. sbaden 1919, J. F. Bergmann.

Dieses ungemein fleißige und gründliche Werk bedelt im Allgemeinen Teil die Anamnese, die allgemeine nptomatologie (S. 19 bis 447, also der Hauptanteil des hes), im Speziellen Teil die Einteilung der Psychosen, dann diese selbst, nämlich 1. symptomatische Psychosen, 2. Psychosen des Rückbildungsalters, 3. arteriosklerotische Seelenstörungen, 4. Dementia paralytica, 5. Dementia praecox, 6. Epilepsie, 7. Hysterie, 8. manisch-depressives Irresein, 9. paranoische Erkrankungen, 10. psychopathische Konstitutionen und angeborene geistige Schwächezustände.[1])

Die Abbildungen betreffen Haltungs- und Bewegungsstörungen, Gesichtsausdruck, Schrift, Zeichnungen Geisteskranker und Gehirnschemata.

Die Beherrschung des Stoffes ist eine vollkommene; die Sprache und Darstellung ist klar, einfach, verständlich und sticht wohltuend ab gegen das bekannte sprachliche Ungeheuer von Buch, das jüngst ein Berliner Professor auf einem anderen Gebiet der Medizin geschrieben hat.

Das Werk ist auch dem fertigen Fachmann ein wertvolles Hilfsmittel, denjenigen aber, die sich der Psychiatrie zu widmen und sie zu ihrem Spezialberuf zu machen gedenken, ganz besonders zu empfehlen.

Bresler.

Lecher, Prof. Dr. Ernst, Wien, Lehrbuch der Physik für Mediziner, Biologen und Psychologen. Dritte verbesserte Auflage. 440 S. Mit 501 Abbildungen im Text. Leipzig und Berlin 1919, B. G. Teubner. Preis geh. 10 M.

Bei den hohen Bücherpreisen wird es den Anstalts- und Krankenhausbibliotheken und praktischen Ärzten schwer fallen, neben der ärztlichen Literatur große kostspielige Handbücher aus Nachbarwissenschaften anzuschaffen, z. B. aus dem Gebiet der Physik, und doch wird wohl jeder von uns Verlangen und Notwendigkeit spüren, Gelerntes im Gedächtnis aufzufrischen und Wissensstoff über neu Erforschtes und Entdecktes zu erwerben. Dazu eignet sich vorzüglich L.s Lehrbuch der Physik für Mediziner, Biologen und Psychologen in seiner neuen verbesserten Auflage. Die neueren Ergebnisse, vor allem aus der Lehre der Röntgenbestrahlung, sind berücksichtigt. Wie Verf. den Erfordernissen des Mediziners gerecht wird, ersieht man z. B. aus dem Kapitel: Drehmomente am Tierskelett. Das Buch sei daher bestens empfohlen. Bresler.

— Arbeiten aus dem Pathologischen Institut der Universität Helsingfors. Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. Homén. Neue Folge 2. Bd. I. u. II. Heft. 223 S. Mit 5 Abb. im Text und 12 Tafeln. Jena 1919, G. Fischer. Brosch. 50,00 M.

Enthält 1. Experimentelle und pathologische Beiträge zur Kenntnis der infektiös-toxischen, nichteitrigen Enzephalitis von E. A. Homén, Helsingfors (Finnland), 2. Über die frühluetische Erkrankung des Zentralnervensystems (drei Fälle mit positivem Spirochätenbefund, von P. W. Pirilä, 3. Zur Kenntnis der Aneurysmen an den Basalarterien des Gehirns mit besonderer Berücksichtigung der begleitenden Arteriosklerose in den-

[1]) Abb. 55 zeigt einen interessanten Imbezillen-Kopf mit atavistischer Muskelbildung und -innervation in der Kopfhaut.



selben Gefäßen, von W. Kerpola, 4. Zur Kenntnis des luetischen Primaraffektes mit besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Zellformen und der Spirochaeta pallida, von P. W. Pirilä. Homén fand Herde mit alten entzündlichen Komponenten, Gewebsalteration, Exsudation, Proliferation, aber auch Herde mit vorherrschenden proliferativen Prozessen, speziell der Glia und Herde mit exsudativen und infiltrativen Prozessen in der Hauptrolle ohne Abszeßbildung, endlich Prozesse mit destruktivem oder degenerativem Charakter. Erklärt wird diese Verschiedenheit durch die Verschiedenheit der Bakterienarten und den Wechsel in der Virulenz. Pirilä fand schon im ersten Jahre nach der Infektion relativ oft eine luetische Erkrankung des Zentralnervensystems, nämlich zellige, hauptsächlich lymphozytäre Infiltration der Gefäßwände, Intimawucherung, bisweilen vollständige Verstopfung der Lumina, daneben meningitische Veränderungen, Neigung zu scharf begrenzten gummösen Neubildungen, die von den weichen Hirnhäuten ausgehen. Spirochäten wurden gefunden. Die luetische Erkrankung des Zentralnervensystems kann sich auch trotz stattgehabter sehr kräftiger Behandlung entwickeln, die äußeren luetischen Symptome können fehlen und die Wassermannsche Reaktion im Blute negativ sein, die Diagnose kann oft nur durch die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit sichergestellt werden. Kerpolla bringt 13 genaue mikroskopische Untersuchungen über Aneurysmen und Arteriosklerose an der Hirnbasis. Pirilä konnte schon etwa zwei Wochen nach der Infektion die Spirochäten in dem syphilitischen Primäraffekt nachweisen; ihr Verschwinden wird teils durch Phagozytose, teils durch Zerfall, teils durch Antikörper erklärt.

Die farbigen mikroskopischen Reproduktionen sind ganz vorzüglich; die Arbeiten machen überhaupt den Eindruck größter Sorgfalt. B.

— Ferenczi, S., Hysterie und Pathoneurosen. Internat. psychoanal. Bibliothek Nr. 2. Leipzig und Wien 1919, Internationaler psychoanal. Verlag.

Bewegt sich in dem bekannten Anschauungskreis und bringt nichts Neues.

Therapeutisches.

— Epilepsiebehandlung mit Luminal. Von Dr. Josine Müller, Berlin-Schmargendorf. Deut. med. Woch. 1919 Nr. 21.

Luminal kann auch gegen plötzliche schwere Erregungszustände außerhalb der Anstaltspraxis angewendet werden, z. B. statt Scopolamin 0,3 bis 0,45 g Luminal-Natrium in 20prozentiger Lösung, wenn nötig mehrmals wiederholt bis 1,8 g pro die zwei Tage lang. Seine Hauptbedeutung liegt in der Epilepsiebehandlung. Sowohl bei den großen Anfällen, als auch dem petit mal und den Äquivalenten ist es dem Brom weit überlegen. Die Erfolge sind zahlreicher, die Nebenwirkungen weit weniger unangenehm. Schwindel und Müdigkeit lassen sich durch Einschleichen in die nötige Dosis und ge-



legentliches Wiederzurückgehen fast ganz vermeiden. Es gibt Patienten, die jahrelang Luminal genommen haben, ohne in ihrer Tätigkeit behindert gewesen zu sein. In einem von zwei mitgeteilten Fällen, in dem seit Jahren voll ausgebildete Anfälle auftraten, wurde monatelang 0,2 g Luminal gegeben, ohne daß die Kranke in ihrer Hausfrauenarbeit gestört wurde. Es traten nur zwei mal leichte Ohnmachten auf. Beim Aussetzen des Luminals nach 5monatiger Behandlung heftige Ischias, die aber bei Rückkehr zur Luminaldosis von 0,3 g pro die zurückging. Auch im zweiten Falle trat eine schwere Neuralgie auf, die aber bei Wiederaufnahme der zunächst unterbrochenen Luminalanwendung wieder verschwand.

Kein Status epileptikus in den Fällen, in denen die Kranken Luminal nach längerem Gebrauche eigenmächtig aussetzten. Wo er auftritt, dürften unnötig hohe Dosen die Ursache sein. Die Tagesdosis von 0,3 g braucht zur Erzielung befriedigender Wirkungen nicht überschritten zu werden. Die Anwendung höherer Gaben für längere



Zeit bedarf einer eingehenderen Überwachung, als in der Privatpraxis für gewöhnlich möglich ist.

Luminal wirkte prompt in mehreren Fällen, wo die Anfälle sicher durch Verletzungen des Gehirns hervorgerufen waren. Der Unterschied gegenüber den Anfällen aus psychogenen Ursachen war so auffällig, daß die Luminalanwendung als diagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung zwischen Hysterie und Epilepsie naheliegt.

Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schrift- leitung resp den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen

Diese Nummer enthält einen Prospekt der Fir **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh** welchen wir der Beachtung unserer Leser empfeh

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Bei der im Anschluß an psychiatrische Abteilung des St krankenhauses zu errichtenden ratungsstelle für Geisteskran Epileptiker, Psychopathen Trinker ist voraussichtlich zu Oktober ds. Js. die Stelle ei

Fürsorgerin

die zugleich die Oberin der psy trischen Abteilung zu vertrete hat, zu besetzen.

Besoldung vorbehältlich d Genehmigung der städt. Körper schaften nach Gruppe IV der Reich besoldungsordnung.

Bewerberinnen, welche entsprechende Vorbildung in steskrankenpflege und mögl auch in Fürsorgetätigkeit verf wollen ihre Gesuche mit Zeugni spätestens bis zum 20. August Js. an die unterzeichnete Amtss gelangen lassen.

Plauen, am 29. Juli 192

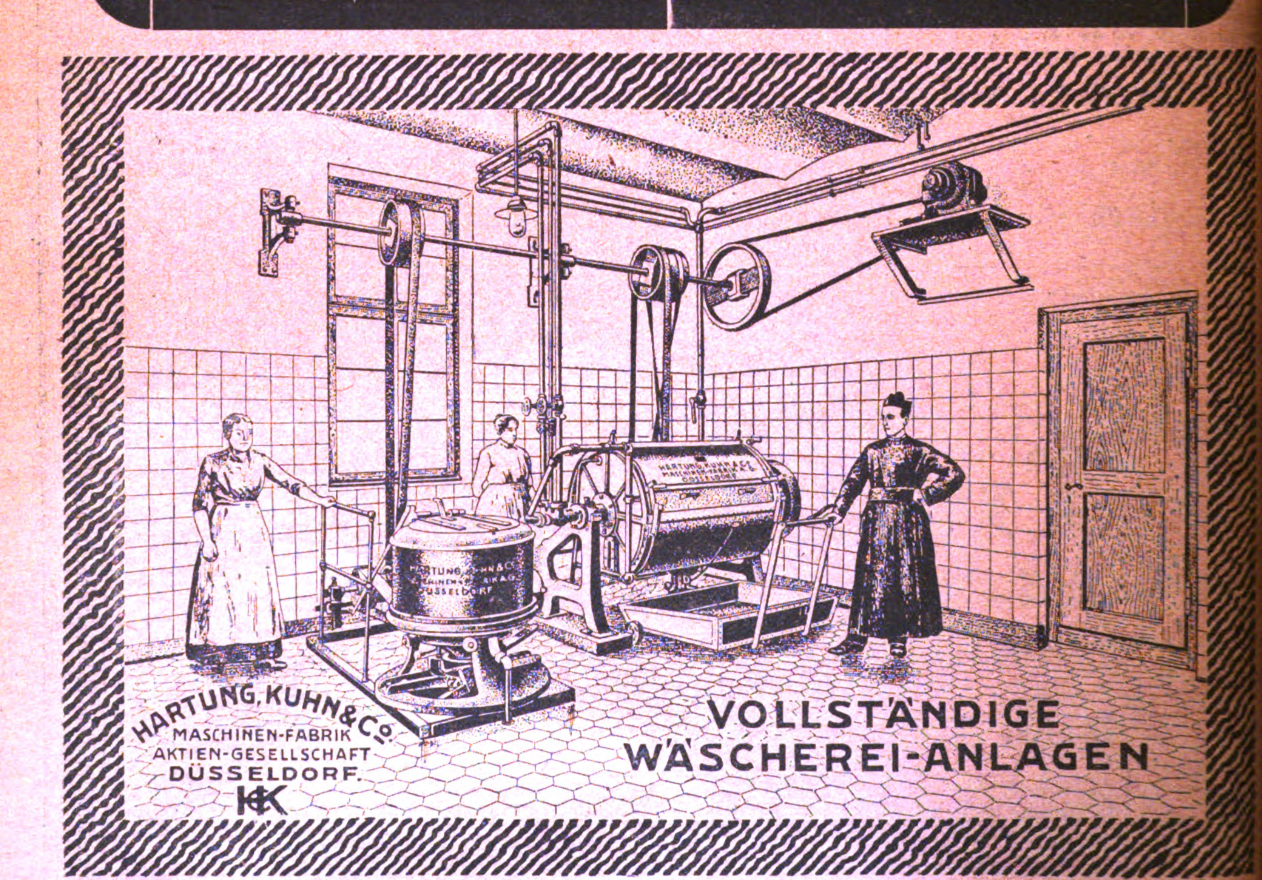
Der Rat der Stadt Pla
Krankenpflegamt.

Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 21/22. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.




HARTUNG, KUHN & Co.
MASCHINEN-FABRIK
AKTIEN-GESELLSCHAFT
DÜSSELDORF.
HK
VOLLSTÄNDIGE
WÄSCHEREI-ANLAGEN



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 21/22. 28. August **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jede Buchhandlung, d. Post unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten?

Referat, erstattet der Hamburger Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (27. und 28. Mai 1920) durch Medizinalrat Dr. **Kolb**, Erlangen.

(Schluß.)

D. Neue Aufgaben der Irrenfürsorge.

Die Zukunft wird der Irrenfürsorge folgende neue Aufgaben bringen:

Die Versorgung zahlreicher Paralytiker auch aus der Bevölkerung des flachen Landes; die Fürsorge für Hirnverletzte und für gewisse Gruppen von psychopathischen Kriegsneurotikern; die Fürsorge für Morphinisten und Kokainisten, besonders unter Kriegsteilnehmern und aus den Großstädten; die Fürsorge für den wohl zu einem erheblichen Teile degenerierten Nachwuchs aus den von Minderwertigen in und nach dem Kriege geschlossenen Ehen.

11. Die Fürsorge für die geistig Anomalen Menschen außerhalb der ärztlich geleiteten Anstalten ist des Ausbaues dringend bedürftig. Für diese Fürsorge, für unsere Anstalten, für unseren in seiner Existenz bedrohten psychiatrischen Nachwuchs werden wesentliche Vorteile erwachsen, wenn diese Fürsorge auf einem mehr oder minder engen, organisatorischen Anschluß an die örtliche Heil- und Pflegeanstalt aufgebaut wird; dieser organisatorische Anschluß ist schon deswegen empfehlenswert, weil bei vielen geistig Anomalen erst eine Anstaltsbeobachtung die Entscheidung über die im Einzelfalle einzuschlagenden Wege der Fürsorge gestattet. (Externer Dienst.) Vgl. Ziff. 10, 13, 15, 17, 18, 20 c, 21.)

12. Gerade in der Jetztzeit, in der vielfach Unberufene sich an die Lösung wichtiger Probleme drängen,



ist es doppelt Pflicht der Psychiater, in allen ihr Gebiet berührenden Fragen durch Rat und Tat mitzuarbeiten am Wiederaufbau unseres Volkes:

a) Mitarbeit an Erziehung und Versorgung der Psychopathen unter besonderer Berücksichtigung der Psychopathen, die sich in wichtige Stellen des öffentlichen Lebens drängen (Putsche usw.);

b) Mitarbeit an der Beseitigung der durch di Kriegsneurotiker entstehenden Schäden (cf. Reichsversorgungsgesetz), die besonders dann zutage treten werden, wenn die Not der Zeit die Rentenansprüche nach Zahl und Höhe vermehren und die Berücksichtigung erschweren wird; die Mitwirkung bei der Versorgung der Hirnverletzten, der Kriegsmorphinisten; die Mitwirkung beim Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten;

c) Bekämpfung der im Volke lebenden Neigung zu ungesundem Mystizismus (Okkultismus, Spiritismus, Telepathie usw.), zu geschlechtlichen Verirrungen, besonders die Bekämpfung der in der Jugendbewegung sich breit machenden homosexuellen Strebungen, der Neigung zu Sensationsfilmen, zu aufpeitschenden Reizmitteln, zu Nikotinmißbrauch usw.;

d) Mitarbeit an den Bestrebungen zur Einschränkung der Fortpflanzung bei schwer degenerierten Menschen, die angesichts der zutage tretenden Neigung zu unsinnigen Eheschließungen besonders wichtig erscheint;

e) Mitarbeit an den Bemühungen, einen Ersatz zu suchen für die vorzügliche Schule des Willens und der Selbstzucht, die in der allgemeinen Wehrpflicht gegeben war, vor allem durch Betonung der Notwendigkeit, unsere vielfach etwas einseitige Gedächtnis- und Wissensbildung durch Charakter- und Willensbildung zu ergänzen;

f) Mitarbeit an dem Ausbau der Rechtspflege;

g) Aufklärung darüber, daß die Bevölkerung nicht eine homogene Masse normal reagierender Menschen, sondern ein außerordentlich ungleichartiges Gemisch ist mit einem besonders in Großstädten sehr hohen Prozentsatz von anomal reagierenden Einzelpersonen.

Der Vortrag Stranskys wird die Überzeugung von der Notwendigkeit dieser psychiatrischen Mitarbeit sicher allgemein verstärken und noch weitere Aufgaben zeigen.

13. Diese Aufgaben können wir nur dann lösen, wenn wir heraustreten aus dem engen Rahmen unserer Anstalten,

wenn wir den Direktor vom Kleindienst in der Anstalt entlasten (erhöhte Selbständigkeit der Abteilungsärzte, Heranziehung der älteren Ärzte zu gehobenen Dienstleistungen im externen Dienste, im Verwaltungsdienste usw.);

wenn wir den Psychiatern in Klinik und Anstalt eine besondere Ausbildung für die Lösung dieser Aufgaben sichern;

wenn wir allgemeine Richtlinien zur Lösung dieser Aufgaben ausarbeiten;

wenn wir uns und unsere Anstalten in den Dienst dieser Aufgaben stellen:

durch Einrichtung von Kinderstationen zur Beobachtung und Behandlung von anomalen Kindern und durch Aufstellung eines Fachlehrers im Hauptamte, durch Einrichtung eines poliklinischen Dienstes im Anschluß an Anstalt und Fürsorge;

durch Angliederung von Abteilungen für Grenzfälle, Psychopathen, Alkoholiker, Nervenkranke usw., ev. auch für Erholungsbedürftige und gewisse Gruppen von körperlich Kranken oder durch die Möglichkeit der Aufnahme solcher Kranken;

vor allem aber

durch eine auf weitgehender Mitwirkung der vorhandenen Anstaltskräfte aufgebaute Organisation, die ein einheitliches Zusammenarbeiten aller örtlichen, in der Fürsorge für geistig anomale Menschen tätigen Anstalten und Einrichtungen, die jetzt auf zahlreiche Ressorts zersplittert sind, unter der Führung oder doch unter der ständigen fachärztlichen Beratung der Anstaltspsychiater gestattet, ohne die Selbständigkeit und Individualität der einzelnen Betriebe anzutasten (cf. Ziffer 20 e). Endlich durch Einrichtung eines eigenen Fürsorgedienstes, d. h. die Aufgaben können wir nur dann lösen, wenn wir einen externen Dienst einrichten.

Die Notwendigkeit einer gewissen einheitlichen Zusammenfassung aller in der Fürsorge für geistig anomale Menschen tätigen Anstalten und Organisationen wird wohl am besten klar, wenn wir uns den jetzigen Zustand vergegenwärtigen:

Die öffentlichen Irrenanstalten werden durch die Kreise (Provinzen) unterhalten meist unter Aufsicht des Staatsministeriums des Innern, die psychiatrischen Kliniken unterstehen dem Kultusministerium, die städtischen Irrenstationen den Stadtgemeinden, die Irrenstationen der Strafanstalten dem Justizministerium, die Wohltätigkeitsanstalten meist geistlichen Organisationen unter Aufsicht der Amtsärzte, die Privatanstalten Einzelpersonen oder Vereinen unter Aufsicht der Amtsärzte, Hilfsschulen und Hilfsklassen sind wieder städtische Einrichtungen, Trinkerheilstätten, Psychopathenheime stehen unter Einzelpersonen oder Vereinen, die Schutzaufsicht wird wieder eine Einrichtung der Justizbehörden



erden, für die Fürsorge kommt teilweise städtisches irsorgepersonal in Betracht, usw.

Diese Zersplitterung der Psychiatrie ist finanell, wissenschaftlich, praktisch gleich bedenklich; e erschwert den Kreisen (Provinzen) die Erfüllng der ihnen auferlegten Pflichten in der Irrenrsorge und verhindert eine volle Auswertung r vorhandenen Kräfte. Sie zerlegt den schönen ychiatrischen Beruf in eine Reihe meist unbeedigender Spezialfächer und erschwert den erblick über und den Kampf gegen die Geistesankheiten.

Eine außerordentlich wichtige Aufgabe wird in, eine psychiatrische oder allgemein medizinische Verwendung leerstehender Abilungen zu suchen; in erster Linie wird auf Verwendung für Zwecke von Grenzfällen und rvenkranken Bedacht zu nehmen sein.

Im übrigen werden örtliche und persönliche Gehtspunkte in erster Linie maßgebend sein. Es wird h empfehlen, daß jede Anstalt, unter Berücksichtig dieser örtlichen Gesichtspunkte, Vorschläge ausartet; daß diese Vorschläge dann weiterhin in den zelnen Ländern oder Provinzen im wissenschaftlichen rene (oder bei einer Konferenz der Anstaltsdirekter unter Zuziehung des Vorstandes des Standesvers oder im Standesverein unter Zuziehung des wisschaftlichen Vereins, oder in der Landes- usw. Komsion) besprochen werden, und daß dann auf Grund ser gemeinsamen Aussprache gemeinsam für jede Ant eine Lösung vorgeschlagen wird, die den örtlichen persönlichen Verhältnissen der betreffenden Anstalt besten entspricht: eine hygienisch gebaute ländliche talt wird in erster Linie für Nervenkranke und Erngsbedürftige, eine am Sitze eines Versorgungschts gelegene Anstalt wird besonders für Kriegsneuker, eine ältere, vorwiegend geschlossene Anstalt d für forense Psychopathen vorzugsweise geeignet . Dabei wird an dem Grundsatze festzuhalten sein, aus dem Aufnahmegebiet tunlichst alle Arten von nzfällen ausnahmsweise sollten Aufnahme finden nen, auch wenn in der Regel für eine bestimmte ppe von Grenzfällen eine andere Anstalt vorgeschlawurde.

Jede nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten einch erfolgende Regelung dieser Frage würde große ihren für das kollegiale Zusammenarbeiten und für Zukunft in sich bergen.

Tunlichst allgemein anzustreben ist wohl die richtung von Kinderstationen zur bachtung und, soweit notwendig, zur Behand- von psychopathischen oder sonst anomalen dern, besonders von Minderjährigen, die der sorgeerziehung zugeführt werden sollen, und Aufstellung eines Fachlehrers im Hauptamte, dem neben dem Unterrichtsdienste in der Anstalt die wichtige Aufgabe zufallen wird, die Verbindung herzustellen zwischen der Anstaltsfürsorge und zwischen Schule, Hilfsschule, Hilfsklassen, Schwachsinnigenunterricht der Blödenanstalten, Unterricht der Strafvollzugsanstalten usw.

Es wird sich empfehlen, auch hier schrittweise vorzugehen, zunächst nur ein Zimmer für kleine Kinder mit weiblicher Pflege einzurichten und je ein Zimmer der männlichen und weiblichen Abteilung für ältere Kinder vorzusehen.

Auch die Einrichtung eines poliklinischen Dienstes im Anschluß an Anstalt und ev. auch Fürsorgestellen wird sich vielfach empfehlen. Bei der Einrichtung ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Interessen der praktischen Ärzte nicht geschädigt, vielmehr durch Zuweisung zahlungsfähiger Kranker tunlichst gefördert werden.

14. Das Vertrauen, dessen wir zur Erfüllung dieser Aufgaben bedürfen, bringt die Öffentlichkeit uns und unseren Anstalten noch nicht allgemein entgegen. Um dieses unentbehrliche Vertrauen uns zu erwerben, müssen wir ein möglichst großes Maß von Annäherung an die Verhältnisse eines Krankenhauses anstreben, vor allem die Aufnahmen und Entlassungen möglichst erleichtern. Die Aufnahme von Grenzfällen, von Nervenkranken, von geeigneten Gruppen körperlich Kranker usw. in die leer gewordenen Plätze unserer öffentlichen Anstalten wird die Durchführung der für die Krankenhäuser gültigen Grundsätze erleichtern.

15. Die Erleichterung der Aufnahmen und Entlassungen ist ohne unzulässige Gefährdung der Kranken und der Außenwelt nur dann möglich, wenn für eine entsprechende Fürsorge nach der Entlassung tunlichst im organisatorischen Anschluß an die Anstalt gesorgt ist (externer Dienst), und sie ist ohne eine unzulässige Belastung des Direktors nur dann angängig, wenn der Direktor in besonderen Fällen die Verantwortung auf breitere Schultern legen kann (Ärztekollegium, Rechtsschutzorganisation).

16. Das Vertrauen werden wir gewinnen können, wenn wir alles ver-



meiden, was den Anschein erwecken könnte, als ob persönliche Interessen unser Handeln beeinflussen würden, und wenn wir mitarbeiten an der Verbesserung des Rechtsschutzes der geistig Anomalen, besonders der nicht in Anstalten untergebrachten und der gegen ihren Willen in Anstalten verwahrten Menschen.

Es erscheint angezeigt, bei der Organisation des Rechtsschutzes die Mitwirkung der Anstaltsärzte, der Gerichte und berufener Laien (Berufsvormünder(innen), Armenpflegschaftsräte usw.) vorzusehen und dafür Sorge zu tragen, daß den Kranken und ihren Familien durch Anrufung des Rechtsschutzes nicht unnötigerweise Nachteile erwachsen (Entmündigung, polizeiliche Erhebungen usw.).

Der Versuch, eine freiwillige Organisation eines Rechtsschutzes unter Heranziehung der Anstaltsärzte und geeigneter Laien in allen praktischen Einzelfällen (vgl. Psych. neur. Wochenschr. 1920/21 S. 36) kann vielleicht eine gesetzliche Regelung zunächst entbehrlich machen und wird jedenfalls eine wichtige Grundlage bilden für eine spätere gesetzliche Regelung; er wird in den Anstalten empfohlen, in denen die Mehrzahl der Ärzte ihn befürwortet. Die monographische Bearbeitung der Frage eines Irrengesetzes wird als Referatthema für die nächste Tagung beantragt.

17. Die schrittweise Anbahnung eines externen Dienstes ist überall da angezeigt, wo die Mehrzahl der Ärzte von seiner Notwendigkeit überzeugt ist, besonders wenn die Kreise (Provinzen) bereit sind, eine einheitliche Zusammenfassung aller in der Irrenfürsorge im weitesten Sinne des Wortes tätigen Kräfte dadurch anzubahnen, daß die Gewährung von Zuschüssen an die Bedingung eines solchen Zusammenarbeitens gebunden wird.

Es ist notwendig, daß sich die Ärzte klar sind über das Maß von Arbeit und Verantwortung, das die Anstalt mit einem externen Dienst übernimmt, sich klar sind, daß die Früchte der Arbeit nur langsam reifen werden, sich klar sind, daß mit ganz besonderer Vorsicht, mit ganz besonderem Takt vorgegangen werden muß.

Daß dem Fürsorgedienst, dem externen Dienst eine ganz besondere Bedeutung zukommen wird, wenn die im Entwurf zum Strafgesetzbuch vorgesehene Schutzaufsicht Gesetz werden sollte, habe ich schon betont.

In der kleinen Abhandlung „Reform der Irrenfürsorge" Zeitschr. für die ges. Neur. u. Psych. Band 47 H. 1 bis 3, S. 137 bis 172 habe ich auf Seite 139 ff. und Seite 154 ff. den Weg gezeigt, der mir nach einer mehr als 10 jährigen praktischen Erfahrung der beste zu sein scheint; bezüglich der Einzelheiten muß ich mir erlauben, auf diese Abhandlung zu verweisen. Es gibt natürlich auch andere Wege zu diesem Ziele.

Wie ich auf Seite 156 der Abhandlung ausführte, ist vor allem in Anstalten mit ländlichem Aufnahmegebiet besonderes Gewicht auf die Gewinnung von Vertrauenspersonen zu legen; ich möchte raten, da, wo dieser Weg eingeschlagen wird, in erster Linie Amtsärzte und praktische Ärzte als Mitarbeiter zu gewinnen und die Mitarbeit für die Dauer nicht auf einen Stand zu beschränken, wenn es auch in manchen Gegenden durchaus zweckmäßig sein mag, zunächst mit der Heranziehung nur eines Standes zu beginnen.

Baumann und Rein haben zu selbständigen Fürsorgepsychiatern geraten. Es soll nicht bestritten werden, daß ausnahmsweise auch dieser Weg gangbar ist, aber gegen seine allgemeine Empfehlung habe ich auf Grund meiner Erfahrung schwere Bedenken.

Das Hauptziel: die Machtmittel der Anstalt in den Dienst der Fürsorge zu stellen, die Fühlung zwischen Anstalt und Kranken aufrecht zu erhalten, die in der Anstalt gemachten Erfahrungen der Fürsorge, die in der Fürsorge gemachten Erfahrungen der Anstalt nutzbar zu machen, das Mißtrauen gegen die Anstalten zu mindern usw., läßt sich auf diesem Wege nicht oder nicht so vollkommen erreichen.

Darüber, daß die Irrenfürsorge außerhalb der Anstalt nur dann der Psychiatrie erhalten bleibt, wenn wir, ohne neue Stellen und Organisationen zu fordern, zunächst an vorhandene Stellen und Organisationen, d. h. eben an unsere Anstalten und deren Ärzte anknüpfen, scheint mir ein Zweifel nicht zu bestehen.

Da, wo der von Baumann-Rein empfohlene Weg gewählt würde, würde die praktische Folge sein, daß die psychiatrische Fürsorge einen Teil der allgemeinen ärztlichen Fürsorge bilden würde, die betätigt würde durch Amtsarzt oder amtlichen Fürsorgearzt, dem im günstigsten Falle ein psychiatrisch vorgebildeter Hilfsarzt beigegeben würde. — Die Stelle eines externen

rztes, vollends eines externen Oberarztes ginge unserem ychiatrischen Nachwuchs sicher ebenso verloren wie iseren Anstalten und der Fürsorge wesentliche Vorile.

Es kann einem Zweifel nicht unterliegen, daß ich Irrenhilfsvereine außerordentlich itzlich und imstande sind, einen Teil der Aufiben und Leistungen des externen Dienstes zu iernehmen; überall wo sie vorhanden sind, wird r externe Dienst ein enges Zusammenarbeiten it diesen Hilfsvereinen anstreben; da wo sie fehn, wird der externe Dienst vielfach versuchen, re Gründung herbeizuführen — das, was der exrne Dienst für die Irrenfürsorge, für die Kranken id besonders für die Anstalt leistet, vermag auch r beste und glänzend mit Mitteln versehene renhilfsverein niemals auch nur annähernd zu sten.

Irrenhilfsvereine und externer Dienst sind nicht nrichtungen, die sich widersprechen oder gar isschließen, sondern die sich gegenseitig ergänn; das Feldgeschrei muß nicht lauten: „Hie exrner Dienst!" — „Hie Hilfsverein!", sondern es ird meist lauten: „Hie externer Dienst und enhilfsverein!" beide nach einheitlichen Gehtspunkten zusammenarbeitend und sich gegenitig ergänzend.

Die Fürsorge außerhalb der Anstalt läßt sich ch meinen Kutzenberger und Erlanger Erfahrunn ohne neue gesetzliche Bestimmungen entwikln lediglich auf Grund der Bestimmung, die den istaltsvorstand berechtigt, Kranke probeweise zu tlassen, zu beurlauben: wenn der Direktor das cht hat, einen Kranken probeweise aus der Anlt zu entlassen, so muß er auch das Recht haben, prüfen, ob und wie der Kranke die Probe beht. Lediglich auf Grund dieses unanfechtbar ischen Gedankens ist es mir gelungen, im Laufe n wenigen Jahren einen Stand von weit über) unter Fürsorge stehenden Personen trotz der schwerung durch die Kriegsjahre zu erreichen; Berichtsjahre 1918-19 wurden 2184 Besuche bei urlaubten Kranken gemacht. Zwei Fürsorgeegerinnen sind angestellt; ein Arzt ist im wesenthen für den Fürsorgedienst freigemacht; 6000 M id jährlich für Unterstützung beurlaubter Kranr genehmigt; die Behörden haben sich gewöhnt, fast allen Fragen, die Geisteskranke betreffen, h an uns zu wenden; unsere größte Behörde hat ch ermächtigt, auch gemeingefährliche Kranke ne weiteres probeweise in Fürsorge zu entlasn, wenn ich die volle Verantwortung übernehme; ziehungen zu Fürsorgeerziehungsanstalten sind gebahnt; Vorträge für Richter über psychiatrische Fragen und über Kriegsneurotiker wurden gehalten; die gehofften Vorteile sind eingetroffen, die befürchteten Nachteile haben sich fast alle vermeiden lassen; im Publikum ist die probeweise Entlassung sehr beliebt.

Ich erfülle eine Pflicht der Dankbarkeit, wenn ich hier dankbar der freudigen Mitarbeit der Ärzte meiner Anstalt bei der Entwicklung des Fürsorgedienstes gedenke.

Die schrittweise Einführung des externen Dienstes — und nur eine solche ist zu empfehlen — ist besonders in Anstalten mit städtischem Aufnahmegebiet ohne weiteres leicht möglich, wenn wir uns zur Regel machen, allen Entlassungsgesuchen zu entsprechen, unter Abstufung der zu fordernden Vorsichtsmaßregeln, die sich bis zur Forderung der Mitnahme und Bezahlung eines von der Anstalt abgestellten Pflegers steigern können, soweit nicht eine unmittelbare Gefährdung des Kranken oder seiner Umgebung wahrscheinlich ist, — wenn wir aber gleichzeitig bei jeder Entlassung einen Vorbehalt machen: die Angehörigen müssen sich verpflichten, den Kranken für eine bestimmte Zeit einer kostenlosen, unauffälligen und absolut diskreten Fürsorge durch die Anstalt zu unterstellen.

An Besuche bei solchen beurlaubten Kranken schließen sich zweckmäßig Besuche bei früheren Kranken an, von denen man weiß, daß sie der Anstalt gut gesinnt sind; bei dieser Gelegenheit erfährt man dann von anderen früheren Anstaltsinsassen, und so läßt sich an Hand einer Zusammenstellung der in einer Stadt wohnenden früheren Anstaltsinsassen rasch ein Netz von Beziehungen knüpfen. Anstalten mit ländlichem Aufnahmebezirk werden ihre Beurlaubungen zweckmäßig zunächst auf die Nähe der Anstalt und auf besondere Fälle beschränken.

18. Die Wirksamkeit des externen Dienstes wird nicht zuletzt davon abhängig sein, daß wir die Rechte anderer, besonders die Rechte unserer Schutzbefohlenen und ihrer Angehörigen, die Rechte der Amtsärzte, die Rechte der schwer um ihre Existenz kämpfenden praktischen Ärzte, die Rechte der Anstalten und Organisationen, mit denen wir zusammenarbeiten wollen, nicht nur auf das peinlichste achten, sondern daß wir — wie wir selbst eine Förderung unserer Kranken und unserer Anstalten von ihnen erhoffen, — so auch unsererseits alles aufbieten, sie und ihre Ziele zu fördern, und daß wir stets die ärztliche, helfende und beratende Seite



unserer Tätigkeit in den Vordergrund stellen unter Zurückstellung der Eigenschaft des Beamten oder gar des Aufsichtsorganes.

Die Entwicklung des externen Dienstes ist m. E. eine Schicksalsfrage für die deutsche Psychiatrie und für unseren psychiatrischen Nachwuchs: die schwere Not, der wir entgegengehen im Vereine mit der Entvölkerung der Anstalten durch Hungerblockade, Nachlaß der Leistungen und übertriebenen Forderungen der Angestellten droht die Irrenfürsorge, droht unsere Anstalten und droht die Zahl der Irrenärzte auf den Stand zurückzudrücken, den sie vor 50 Jahren einnahmen, da in gleicher Weise die Möglichkeit und die Neigung fehlen wird, einer — wirtschaftlich gesprochen — so eminent unfruchtbaren Aufgabe ungezählte Millionen zu widmen, zumal wenn der Aufwand dauernd steigen, die Leistungen bei der Verkürzung der Dienstzeit und dem annähernd gleichzeitigen Altern eines stabilisierten Pflegepersonals sinken werden.

Wir alle erhoffen die Wiederkehr künftiger besserer Tage, wenn nicht für uns, so doch für die folgende Generation; es wird uns nur dann gelingen, die deutsche Irrenfürsorge in der Zwischenzeit annähernd auf ihrer Höhe, die deutschen Irrenanstalten und den deutschen Irrenanstaltsarzt bei ihrer Bedeutung zu erhalten, wenn wir für die Zeit dieser Not das Schwergewicht unserer Tätigkeit nicht darauf verlegen, lebensuntüchtige Menschen möglichst lange in Anstalten zu konservieren, sondern möglichst viele geistig anomale Menschen aufzunehmen und möglichst rasch dem Leben wiederzugeben; in Fühlung zu bleiben mit entlassenen Kranken; in Fühlung zu treten mit möglichst vielen geistig anomalen Menschen, mitzuarbeiten an der Lösung all der großen Fragen, die mit der Psychiatrie in Zusammenhang stehen — und das gestattet allein der externe Dienst.

E. Der wirtschaftliche Tiefstand.

19. Der wirtschaftliche Tiefstand macht äußerste Sparsamkeit zur dringenden Pflicht. Äußerste Sparsamkeit ist eine Lebensfrage für die Anstalten, für die Irrenfürsorge, für den psychiatrischen Nachwuchs, für alle Angestellten (besonders für unser Pflegepersonal), deren Existenz bedroht ist durch die wahrhaft katastrophale Gefahr einer Zusammenlegung der durch die Hungerblokkade dezimierten Irrenanstalten; nur äußerste Sparsamkeit wird gestatten, die Irrenfürsorge Deutschlands vor einem Zurücksinken auf den Stand vor 50 Jahren vielleicht zu behüten. Es ist mit Nachdruck darauf hinzuarbeiten, daß die Sparsamkeit tunlichst wenig auf Kosten der Kranken geübt wird; nur das Festhalten an dem bewährten Grundsatz der ärztlichen Leitung sichert die Möglichkeit durchgreifender Sparsamkeit ohne Schädigung lebenswichtiger Interessen der Kranken.

Zur Erfüllung der Aufgabe, die Zusammenlegung von Irrenanstalten tunlichst zu verhindern, stehen uns folgende Wege zur Verfügung:

1. Die Betonung der psychiatrischen Vorzüge kleiner Anstalten und der psychiatrischen Nachteile großer Anstalten.

2. Die Widerlegung der angeblichen Vorzüge großer Anstalten in finanzieller und betriebstechnischer Hinsicht, besonders unter Hinweis auf den ungünstigen Einfluß, den große Anstalten auf den Geist des Krankendienstes und auf die Forderungen der Angestellten haben.

3. Die Einhaltung der größten Sparsamkeit, di[illegible] den Nachweis gestatten wird, daß unter sonst glei[illegible]chen Verhältnissen kleine Anstalten mindesten[illegible] ebenso billig arbeiten können wie große, zumal d[illegible] in den kleinen Anstalten auch die absolute Ehrlich[illegible]keit des Betriebes besser gewahrt werden kan[illegible] als in großen Anstalten.

4. Die Festsetzung eines nicht allzu hohen Ver[illegible]pflegsgeldes, das auch den Minderbemittelten noc[illegible] den Besuch der Anstalt gestattet, und die Berei[illegible]stellung von Freiplätzen und Unterstützungen, d[illegible] besonders den minderbemittelten frisch Erkran[illegible]ten die Anstalt zugänglich macht.

5. Hinweis auf die voraussichtlich starken Zu[illegible]gänge an Paralytikern, Morphinisten usw., Psych[illegible]pathen, und auf die bevorstehende Beteiligung [illegible] Strafvollzug.

6. Die Verwendung leerstehender Räume f[illegible] andere psychiatrische Zwecke: Stationen für Ne[illegible]venkranke, Nervensieche, Kriegsneurotiker, Hirn[illegible]verletzte; Psychopathenheime; Trinkerstation[illegible] vermehrte Aufnahme von Epileptikern und Schwach[illegible]sinnigen; psychopathischen Strafgefangenen b[illegible] Rechtsbrechern; Einrichtung von Kinderstation[illegible] — oder für andere medizinische Zwecke tunlich[illegible] unter Wahrung des psychiatrischen Charakters d[illegible] Gesamtanstalt: Einrichtung von Erholungsheim[illegible]



Rekonvaleszenten, ev. sogar von Tuberkulose-lstätten; von Heimen für kriegsbeschädigte Hilfsürftige, vielleicht auch von Altersheimen, von teilungen für chronisch Kranke, Erholungsbeftige.

7. Die Entwicklung eines externen Dienstes, der h dem Laien die Vorteile kleiner, annähernd chmäßig über das Land verteilter und daher ht erreichbarer (Verkehrsverhältnisse) Irrenanten vor Augen führt.

3. Die Berücksichtigung aller Momente, die geıet sind, das Mißtrauen gegen die Irrenanstalten bekämpfen, insbesondere durch Erleichterung Aufnahmen und Entlassungen und durch Verserung des Rechtsschutzes.

). Die Bekämpfung von Maßnahmen, die — wie Achtstundentag — eine enorme Verschlechteг der Pflege bedingen würden unter gleichzeitibeträchtlicher Zunahme der Kosten.

0. Vor allem durch Kampf gegen die hohe blichkeit.

I. Zwei mögliche Wege: eine starke Vermehг des Pflegepersonals, d. h. Belegung der freiordenen Krankenplätze mit Angestellten und Einrichtung von Notwohnungen für Angestellte eigewordenen Krankenabteilungen können nur ngt als empfehlenswert bzw. zulässig bezeichwerden.

Es ist günstig, daß gerade in großstädtischen ıanstalten, für welche die Gefahr der Zusamlegung am dringlichsten ist, mit dem größten arf an Plätzen für Paralytiker, Morphinisten, chopathen zu rechnen ist.

Da, wo sich die Zusammenlegung von Anstalten t vermeiden läßt, wird es sich bei einer geen Größe der Anstalten empfehlen, daß der Dior durch einen Verwaltungsoberarzt (ähnlich ärztlichen Verwaltungsdirektor großer Kranäuser), welcher Verwaltung, Kasse, technische iebe, Gutsbetrieb zusammenfaßt, tunlichst entt wird, und daß dafür tunlichst auf die Schafder Stellen von leitenden Oberärzten usw. im kendienst verzichtet wird im Interesse der ständigkeit der Abteilungsärzte.

Die Ansicht, daß der externe Dienst und die ErErung der Entlassungen unseren Krankenbestand abmindern werden, ist durchaus irrig; wie jede sserung des Krankenhausdienstes wird sie vieldie Kranken veranlassen, bei Rückfällen die Anrasch wieder aufzusuchen und sie wird neue e ihr zuführen, d. h. Erleichterung der Aufnahund Entlassungen und externer Dienst erhöhen, Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthalts-, Gesamtfrequenz und Leistungen der Anstalten.

Wenn sich die Zusammenlegung von Irrenanstalten nicht umgehen läßt, so ist dahin zu wirken: a) daß alte, nach Bau oder Betriebsanlagen oder nach ihrer Lage minderwertige Anstalten aufgelöst werden; b) daß tunlichst organisatorisch minderwertige Anstalten, z. B. reine Pflegeanstalten, aufgelöst werden; c) daß die aufgelösten Betriebe tunlichst für ärztliche Zwecke, und zwar wenn irgend möglich für psychiatrische oder doch mit der Psychiatrie im Zuammenhang stehende medizinische Zwecke tunlichst unter Beibehaltung ihrer Ärzte verwendet werden.

Als solche Zwecke kommen in Betracht: Die Einrichtung von Fürsorgeerziehungsanstalten, Erholungsheimen, Krankenhausfilialen großer Städte für chronisch Kranke und Sieche, Alters- und Pfründnerheimen; die Einrichtung von Strafvollzugsanstalten, Verwahrungsanstalten, besonders für Psychopathen und im Strafvollzug geistig Erkrankte, von Arbeitshäusern; vor allem aber die Einrichtung von Volksnervenheilstätten für unsere Großstädte.

20. Der wirtschaftliche Tiefstand erfordert eine möglichst vollkommene Ausnützung der Anstalten:

a) dadurch, daß wir unter Abkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer die Vorzüge der Anstaltsbeobachtung und Anstaltsbehandlung möglichst großen Kreisen aller geistig anomalen Menschen zugänglich machen, d. h. Aufnahme und Entlassung möglichst erleichtern (vergl. Ziff. 14);

b) dadurch, daß wir die Belegziffern der Anstalten wieder erhöhen durch Aufnahme von Grenzfällen, von Nervenkranken, von Hirnverletzten usw., ev. auch durch Aufnahme von geeigneten Gruppen körperlich Kranker und Erholungsbedürftiger;

c) dadurch, daß wir die vorhandenen Kräfte der Anstalten ausnützen für die Fürsorge außerhalb der Anstalt; für eine fachärztliche Beratung der zuständigen Behörden und für eine einheitliche Zusammenfassung aller, psychiatrischen Zwecken dienenden Anstalten und Einrichtungen, die ein einheitliches Zusammenarbeiten und damit eine bessere Ausnützung dieser Anstalten und Einrichtungen unter tunlichst voll-



kommener Wahrung ihrer Selbständigkeit und Individualität anstrebt: in den Bezirken durch die psychiatrische Beratung der Amtsärzte, der Verwaltungsbehörde, der örtlichen Organisationen und Anstalten durch einen (externen) Arzt der Anstalt, im Aufnahmegebiet durch psychiatrische Beratung der Aufsichtsbehörde, der örtlichen Organisationen und Anstalten durch den Anstaltsvorstand unter Mitwirkung des Ärztekollegiums; in Provinz und Land durch Beratung der zuständigen Behörden usw. durch einen psychiatrischen Referenten, der in der Regel im Nebenamte tätig und gehalten sein möge, in sinngemäßer Anwendung der unter Ziffer 9 vorgesehenen Bestimmungen in allen grundsätzlich wichtigen Fragen und auf Antrag in psychiatrischen Einzelfragen eine gewählte Landes-(Provinz) Kommission zu hören, in welcher Kliniker (wissenschaftlicher Verein), Direktoren und jüngere Ärzte (Standesvereine), tunlichst auch Privatirren-(anstalts)ärzte vertreten sein sollen und zu der in allen bezüglichen Fragen Vertreter der Organisationen der Amtsärzte, der praktischen Ärzte, besonders der Privatirrenärzte, der Angestelltenklassen zugezogen werden sollen.

Durch regelmäßige Zusammenkünfte der Direktoren in Kreis, Provinz und Land wird zweckmäßig die erforderliche einheitliche Regelung praktischer Fragen (Besoldung, Dienstwohnung usw.) und ein Zusammenarbeiten in wirtschaftlichen Fragen angebahnt. Zu diesen Zusammenkünften sollen in allen bezüglichen Fragen auch Verwaltungsbeamte, technische Beamte und Vertreter der Standesorganisationen evtl. auch der Landeskommission zugezogen werden.

21. In allen geeigneten Fällen ist Ersatz der teuren Irrenanstaltspflege durch billigere Pflege- oder Fürsorgeformen anzustreben, besonders durch Entwicklung der Fürsorge im organisatorischen Anschluß an die Anstalt und durch ständige gegenseitige Fühlungnahme aller Irrenzwecken dienenden Organisationen und Anstalten.

22. Der Betrieb der Anstalten ist möglichst zu vereinfachen.

Zu diesem Zwecke wird sich vielfach empfehlen: die Reduktion der Verpflegsklassen auf zwei; die Schaffung von Speiseräumen für das Personal; die Schaffung von Zentralgarderoben; die Abgabe einer Normalkost an gewissen Tagen oder zu gewissen Zeiten; die Übertragung gewisser, besonders formaler Kompetenzen; die Beschränkung des vielfach sehr umfangreichen schriftlichen Dienstverkehrs; die Beschränkung der Besuchstage.

Gewisse Einsparungen lassen sich erwarten durch eine Beschränkung der Zahl der Verpflegsklassen. Der Gedanke an eine solche Beschränkung liegt nahe, da die Rationierung der lebenswichtigsten Nahrungsmittel eine besondere Berücksichtigung der zahlungsfähigen Kranken hinsichtlich der Ernährung nur in ganz beschränktem Umfange gestattet; eine Verbesserung der Ernährung der teueren Verpflegsklassen zuungunsten der rationierten Lebensmittel der Gesamtanstalt ist natürlich ausgeschlossen. Dazu kommt: der Mittelstand von gestern, der die teuren Klassen unserer Anstalten vorzugsweise benützte, ist im Kriege fast allgemein verarmt — der Beamte, die Angehörigen der freien Berufe, der kleine Rentner, vollends die Pensionisten — scheiden in Zukunft für die teuren Verpflegsklassen fast völlig aus; umgekehrt sind fast alle Landleute, die Mehrzahl der gelernten und ein Teil der ungelernten Arbeiter in den Mittelstand von heute eingerückt, in den reichen Kreisen sind Schieber und andere Elemente aus der Hefe des Volkes relativ zahlreich vertreten. Der Geisteskranke fühlt sich in der Regel dauernd in der seinen früheren Verhältnissen entsprechenden Umgebung am wohlsten.

Ich glaube, wir tragen diesen Verhältnissen vielfach am besten Rechnung, wenn wir die Verpflegsklassen auf zwei beschränken, und wenn wir lediglich die Bereitstellung eines Zimmers in geeigneten Fällen bzw. unter bestimmten Voraussetzungen allgemein vorsehen, im übrigen aber an der bewährten Tradition festhalten, daß für die Verpflegung der Kranken und für ihre Unterbringung in einer Krankenabteilung nicht die Höhe des Verpflegsgeldes, sondern ausschließlich ärztliche Erwägungen maßgebend sein müssen.

Da, wo es noch üblich sein sollte, die auf öffentliche Kosten untergebrachten Kranken in einer besonderen Verpflegsform zusammenzufassen und in besonderen Abteilungen der Anstalt oder in besonderen Anstalten unterzubringen, sollte mit dieser Unsitte allgemein gebrochen werden: wir können unserer Normalklasse nur das zum Leben Unentbehrliche bieten und dürfen für die auf öffentliche Kosten untergebrachten Kranken unter dieses Minimum nicht heruntergehen; und: Armut war noch nie eine Schande — in der Jetztzeit ist Armut vielfach eine Ehre.

Für die in der Anstalt verköstigten Angestellten kann die Einrichtung je eines Speisesaales auf jeder Geschlechtsseite, in welchem alle im Genusse freier Station stehenden Angestellten schichten- und gruppenweise ihre Mahlzeiten einnehmen müssen, vielfach zweckmäßig sein: das Pflegepersonal, zwischen dessen erste und zweite Speiseschicht zweckmäßig das Mittagessen de

Kranken gelegt würde, käme auf diese Weise zu einem ungestörten Essen und zu einer richtigen Essenspause; die Kontrolle über Essen und Geschirr wäre erleichtert.

Besonders in den Anstalten, in denen eine sehr starke Verkürzung der Dienstzeit einen häufigen Wechsel der für die Abteilungsgarderobe verantwortlichen Personen bedingen würde, ohne daß eine förmliche Übergabe möglich wäre, kann die Einrichtung einer Zentralgarderobe zweckmäßig sein, während in den einzelnen Abteilungen nur eine möglichst gleichmäßige Zahl von Kleidungsstücken belassen wird, die für den täglichen Wechsel unentbehrlich sind.

Es wird sich nicht vermeiden lassen, daß in Zeiten der Kohlenknappheit vorübergehend oder dauernd, an einzelnen Tagen oder stets die Verköstigung nach einer Einheitsform durchgeführt wird, zumal da sich dadurch auch finanzielle Einsparungen erzielen lassen; den Kranken der teuren Verpflegsklasse und den arbeitenden Kranken muß natürlich die Möglichkeit gesichert werden, sich auf dem Wege der Selbstversorgung Lebensmittel zu verschaffen und wenn irgend tunlich auch die Möglichkeit geboten werden, sich Lebensmittel in der Abteilung zu bereiten oder bereiten zu lassen. Diese Möglichkeit sollte besonders an den Besuchstagen allgemein den Kranken geboten werden.

Im Kriege machten die Personalverhältnisse wohl allgemein eine Beschränkung der Besuchstage auf einen, höchstens zwei Tage in der Woche notwendig; diese Einrichtung hat sich bewährt und ist im Interesse der erforderlichen Betriebsvereinfachung wohl beizubehalten. An den Besuchstagen sollten externer Oberarzt, Abteilungsarzt, Oberpfleger und Stationspfleger in möglichst intensiver Weise sich mit den Angehörigen befassen:

Für die Behandlung der Kranken, für die innere Fühlungnahme mit den Kranken, für die Bekämpfung des Mißtrauens, zur Orientierung über die Qualitäten der Angehörigen, denen Kranke auf Antrag evtl. anvertraut werden müssen, zur Kontrolle der oft in recht unvernünftiger Weise erfolgenden Zuführung von Lebensmitteln, zur raschen Aufklärung von Klagen und Beschuldigungen, die gegen die Anstalt erhoben werden, zur rechtzeitigen Feststellung der in der Jetztzeit so häufigen Ehescheidungsabsichten und für die rechtzeitige Sicherung der Rechte des in der Anstalt befindlichen Ehepartners ist diese engere Fühlungnahme mit den Angehörigen, die eines der wirksamsten Mittel zur Anbahnung der Fürsorge außerhalb der Anstalt bildet, von größter Bedeutung.

23. In allen Zweigen des Anstaltsbetriebes ist höchste Sparsamkeit geboten besonders hinsichtlich des Kohlenverbrauchs.

In den meisten Anstalten wird es notwendig sein den Kohlenverbrauch einzuschränken, sei es aus finanziellen Gründen, sei es wegen ungenügender Kohlenanfuhr. Solche Einschränkungen lassen sich erzielen:

a) durch Abschluß des Heizmateriallagers, durch genaue Kontrolle der zu rationierenden Kohlenabgabe und des Gas-, Licht- und Warmwasserverbrauchs in allen Räumen tunlichst durch eine verantwortliche Persönlichkeit (Kohlenkontrolleur); durch Ersatz der Kohle (Holz, Torf, Braunkohle, Koks), des elektrischen Lichtes (Carbid); durch Holzgewinnung im eigenen Betriebe; durch Verbesserung der Kessel- und Heizanlagen (sehr teuer, aber oft rasch sich abzahlend!);

b) durch Verzicht auf Dauerbäder, durch Beschränkung der Reinigungsbäder und Ersatz durch Brausen, im Sommer durch Fluß- usw. Bäder; durch Einschränkung des Wäschewechsels, des Dampfkochbetriebes, der Warmwasser-, Gas-, Licht- und Kraftabgabe (Sperrstunden, Sperrtage; früher Betriebsschluß, später Betriebsbeginn; Verbot der Verwendung von Warmwasser für Hausarbeit usw.);

c) durch Verzicht auf Beheizung oder durch Einschränkung der Beheizung in allen nicht lebenswichtigen Räumen (Gewächshäuser, Nebenräume, Schlafräume); äußersten Falles durch Einrichtung von Wärmestuben;

d) durch verlängerte Bettruhe oder durch vollständige Bettbehandlung der Kranken, durch die auch der Nahrungsbedarf eingeschränkt wird; durch engeres Zusammenlegen der Kranken in der kälteren Jahreszeit; durch warme Bekleidung und Bettausstattung der Kranken; durch Bereitstellung von Wärmeflaschen, Wärmesteinen usw.; durch Regelung der Ventilation; durch Beschränkung des natürlichen Luftaustausches (Vorfenster!); durch Ausgabe von heißen Getränken; durch Vereinigung von Schlaf- und Wohnräumen (hygienisch nicht unbedenklich!);

e) durch vorbildliche Sparsamkeit des Vorstandes, der Ärzte und Beamten in Diensträumen und Familie;

f) durch wiederholte Belehrung des gesamten Personals über die Notwendigkeit der Sparsamkeit und durch Heranziehung zu Schadenersatz bei wiederholten Verfehlungen;

g) durch eine gewisse Abhärtung, die überall da angezeigt ist, wo die Ernährung genügt;



h) durch dauernden oder zeitweisen, vollständigen oder teilweisen Ersatz der zentralen Wärmeversorgung durch lokale Heizung (Ofen) und Warmwasserbereitung.

Ersatz der Zentralheizung durch Ofenheizung empfiehlt sich besonders in Anstalten: 1. deren Gebäude weit auseinanderliegen, 2. denen Abdampf nicht zur Verfügung steht, 3. deren Heizanlagen veraltet sind, 4. die von Kohlengebieten weit entfernt sind, dagegen Material für Ofenfeuerung leicht beschaffen können, 5. die ein mildes Klima haben.

Die Ofenheizung ist besonders empfehlenswert in der Übergangszeit (Spätherbst, Frühjahr, ebenso an milden Tagen), in der die Zentralheizung in der Regel besonders unwirtschaftlich arbeitet. Die Ofenheizung ist besonders schwierig in Einzelzimmern für unruhige Kranke und in Abteilungen für unruhige Kranke durchzuführen (Gitter, Ofenbänke, hochgelegte „Durchsichten", Einbau des Ofens).

Darüber, daß die Ofenheizung gestattet, mit geringstem Aufwand von Heizmaterial in einer je nach Witterung und Kohlenvorrat abgestuften Zahl von Räumen eine genügende, allen Schwankungen der Witterung und der Belieferung sich rasch anpassende Notheizung durchzuführen, kann ein Zweifel nicht obwalten.

Es kann einem Zweifel nicht unterliegen, daß allen theoretischen Berechnungen zum Trotz ceteris paribus diejenige Heizung in einer Anstalt praktisch die sparsamste ist, bei welcher die Wärmebereitung in der Hand derjenigen Personen liegt, die im Genusse der produzierten Wärme stehen, die also ein vitales Interesse daran haben, aus dem genau vorgewogenen Heizmaterial den größten Nutzeffekt herauszuholen. Die durch sparsamen und zweckentsprechenden Verbrauch erzielbaren Einsparungen sind wesentlich größer als die Mehrkosten der Produktion einer Wärmeeinheit. Daß durch Öffnen des Warmwasserhahnes, durch Aufschrauben der Heizung Kohle verbraucht wird, ist zwar eine an sich klare Tatsache, sie kommt aber einem auch intelligenten Pflegepersonal nicht mit der Eindringlichkeit zum Bewußtsein, die der Blick auf die rasch sich leerende und erst am nächsten Abgabetage wieder sich füllende Kohlenkiste verleiht.

Diese Vorzüge der Ofenheizung und der lokalen Warmwasserbereitung kommen nur dann zur Geltung, wenn die für die Heizung der einzelnen Abteilungen verantwortlichen Persönlichkeiten nicht rasch wechseln, da sonst Gefahr besteht, daß der jeweils diensttuende Pfleger die Schuld an einem zu großen Kohlenverbrauch dem ihm ablösenden Pfleger zuschiebt.

Die großen Nachteile und Gefahren der Ofenheizung: die Verschmutzung der Abteilungen; die Entwicklung von Bauschäden in den ungeheizten Räumen; die Gefahr, daß Kranke, besonders Paralytiker, sich verbrennen; die um ein Vielfaches erhöhte Feuersgefahr, machen besondere Vorsichtsmaßregeln notwendig.



Besonders groß ist in manchen Anstalten der Kohlenverbrauch der Dampfkochküche.

Im Felde hatte ich jahrelang in meinem Feldlazarett durchschnittlich 200 bis 300, zeitweise 500 bis 600 Menschen zu verköstigen; unsere wackeren Köche haben mit einigen primitiven französischen Kochherden und mit eingebauten Kesseln diese Aufgabe mit wenigen Zentnern Kohle glänzend gelöst; Warmwasserbereiter waren eingebaute Benzinbehälter.

Die Einrichtung von **Notküchen**, die einen Bratofen, ferner Kessel mit direkter Feuerung (Feldküche) und einen Kochherd enthalten, scheint mir in den meisten Anstalten notwendig, um in Zeiten größter Kohlennot wenigstens die Ernährung der Kranken, besonders im Winter die Abgabe warmer Kost sicherzustellen; es wird sich empfehlen, bei drohender Kohlennot zur Streckung der Kohlenvorräte diese Notküche schon vorher an zwei bis drei Tagen in der Woche in Betrieb zu nehmen. Auch die Anfertigung von Kochkisten kann eine Beschränkung des Kohlenverbrauches gestatten.

Wohl in jeder Anstalt werden sich unter dem Personal Feldzugsteilnehmer befinden, die im Bau von Notöfen und in der Einrichtung von Notküchen Erfahrung besitzen.

Ein sehr wichtiger Vorzug dieser Maßnahmen liegt darin, daß sie gestatten, in kleinen Anstalten den Betrieb billig zu gestalten und damit einen der Gründe für das Zusammenlegen von Anstalten zu beseitigen.

Wesentliche **Einsparungen** lassen sich wahrscheinlich vielfach auch **im Wäschebetrieb** erzielen, wenn neben der erforderlichen Einschränkung der Wäscheabgabe und des Wäschewechsels die maschinelle Wäschebearbeitung ganz oder teilweise ersetzt wird **durch Handwäscherei** ev. unter Aufstellung eines lokalen Warmwasserbereiters wenigstens für die Sommermonate.

Vorzüge sind: a) es wird an Kraft, an Warmwasser und wohl auch an Waschmitteln gespart; b) die Wäsche, deren Nachschaffung eines der schwierigsten Probleme ist, wird geschont; c) den weiblichen Kranken wird ein Ersatz geboten für den durch Materialmangel bedingten Ausfall an weiblichen Handarbeiten.

24. Notmaßnahmen, die eine Belastung der Anstalt bedingen, sind scharf zu begrenzen; das gilt be-

onders für die Bereitstellung von lotwohnungen. Die Ehrlichkeit des .nstaltsbetriebes ist mit allen Miteln zu sichern; jedem Versuche iner Ausnützung der Anstalt und er Kranken ist mit Nachdruck entegenzutreten.

Die Frage der Bereitstellung von Not-'ohnungen ist in vielen Anstalten akut ge-'orden durch Wohnungsnot, Personalvermehrung, nd Freiwerden von Plätzen durch die Übersterb-:hkeit der Kranken.

Vorzüge der Bereitstellung sind: 1. den Be-ürfnissen der Angestellten, denen jede Anstalt, so-'eit mit ihren Zielen vereinbar ist, zu entsprechen ersuchen wird, ist Rechnung getragen; 2. der An-:alt wird eine Reserve von rasch verfügbaren ngestellten gesichert; 3. die Gefahr der Zusam-ienlegung von Anstalten wird vermindert.

Diesen Vorzügen stehen Nachteile und Ge-hren gegenüber:

1. Die Übersichtlichkeit des Betriebes, die unter :r Zunahme der Angestellten (Achtstundentag!) :hon wesentlich gelitten hat, wird weiterhin ver-:hlechtert.

2. Die Anhäufung von Personen (Angehörige, :s. Kinder; Gäste, Besucher), die mit den Ver-ältnissen des Anstaltsbetriebes nicht vertraut sind, rgt Gefahren in sich:

für die Feuersicherheit (Abgabe von Streichholz-:hachteln); für die Sicherheit (Abgabe von Messern, :hlüsseln usw. an unberechtigte Kranke); für das ärzt-:he Berufsgeheimnis; in Richtung der Anknüpfung un-laubter Beziehungen; für Angehörige und Kinder lbst, während der Anstalt eine Vergrößerung der iftpflicht erwächst; die Gefahr, daß Lebensmittel und nstige Gegenstände verschleppt werden, steigt ins un-messene.

3. Es bilden sich allmählich gewisse „Rechte" :raus, die meist auf Kosten des Betriebes und der ranken gehen:

Auf ein Stück Land; auf Gemüsebezug; auf freie ler billige Abgabe von Heizung und Licht; auf Arbeits-stungen durch Kranke, Benützung der Werkstätten, f Instandhaltung der Wohnung, auf Teilnahme an den iterhaltungen, auf Badegelegenheit, auf Warmwasser, f Starkstrom, auf „Abfälle", trotzdem diese zur Zeit ten hohen Wert besitzen, wobei auch die Gefahr be-:eht, daß allzu gütige und auf ein gutes Einvernehmen hr bedachte Vorgesetzte die Grenzen des für die An-alt nicht mehr benötigten recht weit ziehen; Amtsbote, ɔrwart, Telefonist können sich der Beanspruchung cht völlig entziehen usw.

Die Kontrolle ist schwierig und umständlich; die Ehrlichkeit des Betriebes gefährdet.

4. Es bilden sich vielfach Feindschaften, Zwistigkeiten heraus, deren Beilegung Vorstand und Verwaltung belastet.

Zusammenfassend ist zu sagen: Der Einbau von Notwohnungen in Anstaltsräume ist eine Maßnahme, die erhebliche Gefahren für Sicherheit und — im höchsten Sinne des Wortes — Ehrlichkeit des Betriebes in sich birgt. Er ist im allgemeinen höchstens als vorübergehende Notmaßnahme und nur da, wo Notwohnungen ohne erhebliche Kosten eingerichtet und wieder beseitigt werden können, als angängig zu bezeichnen.

Es muß nationalökonomisch als ein wahrer Frevel bezeichnet werden, wenn Krankenräume, die mit besonderem Aufwand ihrem Zwecke entsprechend erbaut wurden, mit erheblichem Aufwand zu Wohnzwecken umgebaut werden in einer Form, welche die spätere Benützung zu Krankenzwecken erschwert.

Der Bau von Angestelltenwohnungen mit ausreichendem Gartenland in der Nähe der Anstalt wird dagegen mit allen Kräften zu fördern sein. (Bildung und Unterstützung von Baugenossenschaften; Anschluß an schon bestehende Genossenschaften.)

Bei der Zuweisung von Wohnungen, bei der Bemessung des Mietpreises und bei dem Zugeständnis von weiteren Vergünstigungen (Beheizung, Beleuchtung usw.) sind Unterschiede nach folgenden Gesichtspunkten angezeigt:

a) Ist die Domizilierung in der Anstalt absolut geboten und mit besonderen Lasten (häufige Störung außerhalb der Dienststunden usw.) verbunden? Die diesen Angestellten eingeräumte Wohnung ist **Pflichtwohnung**; eine Anrechnung sollte nicht stattfinden.

b) Ist die Domizilierung in der Anstalt erwünscht? die diesen Angestellten eingeräumte Wohnung ist Dienstwohnung; Anrechnung erfolgt wie bei den übrigen Dienstwohnungen der Staatsbeamten.

c) Erfolgt die Domizilierung lediglich im Interesse der Angestellten? Die eingeräumte Wohnung ist gleich einer Privatwohnung zu behandeln. Der Inhaber einer Pflichtwohnung übernimmt die Verpflichtung: 1. sich für Notfälle bei Tag und Nacht zur Verfügung zu halten, 2. die Anstalt nicht zu verlassen, ohne Ziel und tunlichst auch Zeitpunkt der Rückkehr anzugeben, 3. bei Abwesenheit dafür zu sorgen, daß der alternierende Ersatzmann anwesend ist.

Die Ehrlichkeit des Betriebes wird am besten gesichert:

1. durch auskömmliche, annähernd dem Bedarf angepaßte Besoldung des Personales;



2. durch ein Vertrauensverhältnis zwischen Direktor und Angestellten, das im Falle des unverschuldeten Notstandes zur Erwirkung von besonderen Zulagen führen kann und führen sollte;

3. durch gutes Beispiel aller Vorgesetzten;

4. durch rücksichtslose Bestrafung in allen Fällen, in denen die für die Kranken lebenswichtigen Gegenstände (in erster Linie Lebensmittel und Heizmaterial, in zweiter Linie Kleidungs- und Wäschestücke) angetastet wurden;

5. durch Bekämpfung aller Forderungen, welche die gleichzeitige Einstellung einer größeren Anzahl von neuen, völlig unerprobten Angestellten bedingen würden;

6. durch tunlichste Ausschaltung der Versuchung (guter Verschluß der Bestände; gute Kontrolle der Bestände und des Personals; Anordnung, daß Persönlichkeiten, denen lebenswichtige Gegenstände anvertraut sind, nur in längeren Zwischenräumen nach förmlicher Übergabe mit anderen alternieren).

25. Die Verpflegsgelder können vielfach erhöht werden; eine stärkere Belastung der finanziell leistungsfähigen Teile der Bevölkerung ist angängig, eine Entlastung der minder leistungsfähigen Teile durch Freiplätze und Unterstützungen unter besonderer Entlastung aller frischen Fälle ist psychiatrisch geboten.

Bei der Erhöhung des Verpflegsgeldes ist stets zu berücksichtigen, a) daß eine zu starke Erhöhung stets eine Abwanderung zur Armenpflege zur Folge hat, da sie bei der langen Dauer des Anstaltsaufenthaltes eine unerträgliche Belastung bildet, d. h. daß sie keine Entlastung der Allgemeinheit, sondern nur eine andere Verteilung der der Allgemeinheit erwachsenden Lasten zur Folge hat; b) daß bei zu starker Belastung der kapitalkräftigen Teile die Kranken der teuren Verpflegsklassen in die Privatanstalten abwandern und daß zu hohe Verpflegsgelder die Gefahr für Allgemeinheit und Irrenfürsorge in sich bergen, daß Geisteskranke zu spät und in verwahrlostem d. h. längere Anstaltsbehandlung bedingendem Zustande den Anstalten zugeführt werden.

26. Soweit mit den berechtigten Ansprüchen der Angestellten vereinbar ist, sind die durch Verkürzung der Dienstzeit der Angestellten und durch die zunehmende Stabilisierung direkt und indirekt erwachsenden Lasten tunlichst zu beschränken unter Ablehnung aller be
sonderen Ansprüche, die nicht durc
besondere Leistungen oder Last
gerechtfertigt sind und unter tu
lichster Ausdehnung der Beschäft
gung der Kranken (vgl. Ziffer 31). Z
Verhütung eines zu starken A
wachsens der Pensionslasten si
besondere Maßnahmen geboten.

Die finanzielle Belastung durch Aufwendung
für das Pflegepersonal wird eine gewaltige Hö
erreichen a) durch die Vermehrung des Persona
infolge Verkürzung der Dienstzeit, b) durch
Erhöhung der Löhne, c) durch ein enormes Anst
gen der bisher geringen Pensionslast.

Eine Minderung der finanziell
Belastung läßt sich erreichen:

a) durch Beschränkung der Zahl oder des Proze
satzes der in eine Beamtenklasse einzureihenden P
ger (50 bis 75 v. H.) und Pflegerinnen (20 bis 33 1/3 v.
und durch Einreihung erst nach längerer Diens
(Pfleger fünf Jahre, Pflegerinnen fünf bis zehn Jah

b) durch strengste Auslese der körperlich, gei
und moralisch intakten und voraussichtlich für läng
Dienstzeit geeigneten Persönlichkeiten von der daue
den Ernennung; durch Festsetzung einer Altersgren
durch Einschaltung einer Prüfung, deren Ergebnis
im Zusammenhalt mit den im Dienste gemachten B
obachtungen zu verwerten wäre;

c) durch Beschränkung in der Anrechnung der a
wärts zugebrachten Dienstzeit auf besondere Fälle;

d) durch Besetzung nur der wichtigen Stellen mit ein
stabilen, gehobenen und von Hausarbeit völlig befrei
Pflegepersonal, während die unwichtigen Posten du
ein — hoch besoldetes oder nach drei bis fünf bis sie
Jahren mit Prämien ausgestattetes — labiles Pfle
personal, Hausarbeiten durch Hausangestellte verseh
werden, aus denen nur die Tüchtigsten in den Pfleg
beruf übernommen werden; (Dieser Weg ist nur in A
stalten angängig, die geringen Wechsel im Pfle
personal haben und über viele Vormerkungen verfüg
er ist stets mit psychiatrischen Bedenken verbund
die von Fall zu Fall eine Prüfung notwendig mach
ob und inwieweit diese Maßnahme angängig ist.)

e) durch strenge Einhaltung des Grundsatzes,
hoch besoldetes Personal nur zu hochwertigen Dien
leistungen herangezogen werden darf;

f) in Anstalten, in denen nicht Überfluß an Plät
besteht, muß die Forderung erhoben werden, daß m
destens bei den Männern Bett nur für die erforderli
nächtliche Präsenz (ein Drittel der Pfleger) bere
stellt wird, da jeder neue Anstaltsplatz zurzeit 30 000
50 000 M Kosten bedingen würde;

g) durch eine dem tatsächlichen Bedarf Rechn
tragende Differenzierung der Löhne der ledigen, in A
staltsverköstigung stehenden Pfleger gegenüber
Löhnen der verheirateten, aus der Verköstigung aus



hiedenen Pfleger ev. unter Einschränkung des Pro-
ntsatzes der zum Bezug des höheren für Verheiratete
rgesehenen Lohnes berechtigten Pfleger;

h) durch einen dem tatsächlichen Werte entspre-
enden Anschlag der freien Station, besonders in den
llen, in denen die Gewährung der Station nicht aus
nstlichen Gründen erfolgt;

i) durch besondere Kontroll- und Disziplinarmaßnah-
n zur Sicherung der Ehrlichkeit des Betriebes.

k) Eine Minderung der Pensionslast läßt sich errei-
en dadurch, daß alle geeigneten Stellen des Anstalts-
nstes für Pfleger offen gehalten werden, die zeit-
ise oder dauernd für den Pflegerdienst nicht mehr
eignet sind, ferner

l) durch stärkere Heranziehung der Frau zur Kran-
npflege.

m) Der früher wohl allgemein als richtig anerkannte
tz, daß man Anstaltsinsassen nicht in bezahlte Stellen
s Anstaltsdienstes bringen soll, ist in dieser Verallge-
inerung nicht mehr richtig: es wird auch in Zukunft
eckmäßig sein, frühere Anstaltsinsassen nicht dauernd
den Dienst zu nehmen, aber es liegt in gleicher Weise
Interesse der Anstalten, der Irrenfürsorge und der
anken, von der Möglichkeit vorübergehender Ver-
ndung gegen entsprechende Bezahlung — natürlich
ßerhalb des Krankendienstes — in geeigneten Fällen
brauch zu machen. Das gilt besonders in Anstalten,
nen Abteilungen für Nervenkranke und körperlich
nke, Rekonvaleszenten usw. angegliedert wurden.

Der wirtschaftliche Tiefstand bedingt besondere Maßnahmen zum Wohle der Kranken.

27. Die ungünstigen Ernährungs-
rhältnisse machen besondere
aßnahmen nötig:

Sorgfältige fortlaufende Kontrolle des Kör-
rgewichtes der Kranken. Gegen Beamte, wel-
der notwendigen Hebung der Ernäh-
ng nicht die erforderliche Sorgfalt zuwenden und
en Angestellte, die sich an Lebensmitteln oder Heiz-
terial vergreifen oder eine absolut gerechte Vertei-
g der Lebensmittel oder des Heizmaterials beein-
chtigen, ist ohne Ansehen der Person mit den schärf-
n Maßregeln vorzugehen. Die Selbstversor-
ng aller psychiatrischen Betriebe ist im Bedarfsfalle
ch Zukauf, wo dieser unmöglich sein sollte, durch
cht von Grundstücken (Pacht tunlichst für längere
träume!) sicher zu stellen. Die Behörden und evtl.
h die Öffentlichkeit sind über die enorme Sterblichkeit
den Irrenanstalten und über ihre Gründe aufzuklären
l um Abhilfe anzugehen.

28. Den arbeitenden Kranken ist
rch tunlichst weitgehende Ge-
ährung einer Arbeitsentschädigung
e Möglichkeit der Selbstversor-
ng mit Lebensmitteln in möglichst
oßem Umfange zu sichern. Die
Verbesserung der Ernährung durch
Sendungen der Angehörigen ist auf
jede Weise zu fördern.

Es ist gerecht und zur gebotenen Verbesserung
der Ernährung arbeitender Kranker notwendig,
allen schwerere Arbeiten verrichtenden Kranken
einen Arbeitslohn zuzugestehen, der den
Kranken in den Stand setzt, durch Selbsteinkauf
oder durch Vermittlung von Angehörigen oder des
Oberpflegepersonals oder durch Vermittlung der
Anstaltskantine, die Lebensmittel (aber nicht Al-
kohol und nicht Nikotin!) einzukaufen, deren er je
nach der Schwere seiner Arbeit bedarf. Durch
diese Maßnahme wird auch verhütet, daß von der
Anstaltskost, die ja allgemein gegenwärtig nur den
zum Lebensbedarf unentbehrlichen Kalorienwert
enthält, zu Gunsten der arbeitenden Kranken Zu-
lagen entnommen werden.

Das Recht auf Verbesserung der Ernährung
durch Selbstversorgung muß bei der gegenwärti-
gen Ernährungslage unserer Anstalten den arbei-
tenden Kranken, unabhängig von ihren Vermögens-
und Einkommensverhältnissen, unbedingt gesichert
werden.

29. Die Zunahme der Tuberkulose
bedingt besondere Maßnahmen zur
Sicherung der Kranken und Ange-
stellten und zur Behandlung der Tu-
berkulösen. Die Zunahme der Ver-
lausung bedingt besondere Maßnah-
men besonders in Rücksicht auf die
Möglichkeit der Einschleppung des
Flecktyphus, ebenso die Zunahme
anderer Hautkrankheiten und die
Zunahme der Geschlechtskrankhei-
ten.

30. Der Mangel an Arbeitsmaterial
für weibliche Handarbeiten macht
eine Umstellung in der Beschäfti-
gung weiblicher Kranker notwendig
(Gärtnerei, Brennholz, Handwäsche-
rei, Hausarbeit).

31. Die vorübergehende Übernahme
von geeigneten Rekonvaleszenten
und gebesserten Kranken unter be-
sonderen Bedingungen in den An-
staltsdienst liegt im Interesse der
Kranken, deren Unterbringung in
anderem Dienste vielfach sehr
schwierig zu werden droht (vgl. Ziffer
26).

32. Der in den letzten Jahren er-
folgten Verschiebung der Vermö-
gens- und Einkommensverhältnisse



ist bei der Verteilung der Kranken auf die Abteilungen Rechnung zu tragen: wir wissen, daß die Anstaltsbehandlung dann den größten Erfolg verspricht, wenn sie sich in einer Umgebung vollzieht, die der früheren Umgebung des Kranken nach Möglichkeit angepaßt ist. Wir müssen also den bewährten Grundsatz, daß nicht die Höhe des Verpflegsgeldes, sondern das Wohl der Kranken für die Wahl der Abteilung maßgebend sein soll, in der Jetztzeit besonders betonen.

G. Die Erfahrungen des Weltkrieges haben uns gelehrt:

33. Die weibliche Pflege gewisser Gruppen von männlichen Kranken ist der männlichen Pflege überlegen und daher zweckmäßig beizubehalten.

34. Komfort, technische Anlagen, bauliche Anlagen sind Nebensache; die Wirksamkeit eines jeden ärztlichen Betriebes hängt eigentlich nur ab von der Persönlichkeit der Ärzte, besonders von der Persönlichkeit des leitenden Arztes: wir brauchen weniger raffiniert gebaute und ausgestattete Anstalten, als erstklassige Ärzte und besonders absolut erstklassige Direktoren.

35. In zweiter Linie hängt die Wirksamkeit eines ärztlichen Betriebes ab von dem Geiste der Angestellten. Dieser Geist kann dauernd gut nur da sein, wo Direktor und Ärzte persönlich, menschlich, nicht nur dienstlich in dauernder Fühlung stehen mit jedem einzelnen Kranken und Angestellten — und das ist dauernd nur möglich bei einer Beschränkung in der Größe der ärztlichen Betriebe.

36. In dritter Linie hängt die Wirksamkeit der ärztlichen Betriebe davon ab, daß Vorstand und Ärzte sich wenig als Beamte, mehr als Ärzte und Wissenschafter fühlen und äußeren Einflüssen gegenüber, sie mögen von oben oder von unten kommen, in allen ärztlichen und wissenschaftlichen Fragen die Freiheit ihrer Überzeugung wahren in der sicheren Erwartung, daß wir alle, vom ältesten Direktor bis zum jüngsten Hilfsarzt uns einmütig hinter den Arzt stellen würden, dem das höchste und heiligste Recht des Arztes und Wissenschafters: in seinem Berufe das Wohl der Kranken als oberste Richtschnur des Handelns betrachten zu dürfen — von irgend einer Seite angetastet werden sollte.

Mitteilungen.

— **Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.** Die zehnte ıresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nerven- :te wird am Freitag, den 17. und Sonnabend den 18. ptember 1920 in Leipzig stattfinden.

Donnerstag, den 16. September nachm. 6 Uhr: Vor- ndssitzung in der medizinischen Klinik, Liebigstr. 21; ınds 8 Uhr: Treffpunkt Hotel Deutsches Haus, Königs- tz.

Freitag, den 17. September. 9 Uhr: Sitzung im Hör- l der medizinischen Klinik, Liebigstr. 21. Bericht: ıik und pathologische Anatomie der traumatischen ıädigungen des Rückenmarks. Berichterstatter: Herr Cassirer, Berlin, und Herr O. Marburg, Wien. ·an anschließend Aussprache. Hierfür sind vorge- rkt die Herren O. Foerster, Breslau, A. Jakob, nburg, F. W. Quensel, Leipzig. 12 1/2 bis 2 Uhr: hstück im Hotel Hochstein am bayerischen Bahnhof. is 5 Uhr: Fortsetzung der Aussprache. 6 1/2 Uhr: Ge- nschaftliches Essen im Hotel Deutsches Haus (Ge- k 25 oder 30 M, kein Weinzwang).

Sonnabend, den 18. September. 9 Uhr: Sitzung im saal der medizinischen Klinik. Geschäftliches (An- ;e. Wahl des Vorstandes, des nächstjährigen Ver- ımlungsortes usw.). Vorträge. 12 1/2 bis 2 Uhr: Früh- :kspause. 2 bis 5 Uhr: Fortsetzung der Vorträge.

Als Hotels in Leipzig werden empfohlen: Deutsches Haus, Hotel Hochstein, Hentschels Hotel, Sachsenhof, Hotel Sedan und Parkhotel.

Angemeldete Vorträge: 1. A. Bostroem, Rostock-Gehlsheim: Differentialdiagnose von Stirnhirntumoren. 2. O. Foerster, Breslau: Zur Diagnostik und Therapie der Rückenmarkstumoren. 3. K. Goldstein, Frankfurt a. M.: Über „transkortikale" sensorische Störungen. 4. A. Jakob, Hamburg-Friedrichsberg: Über bemerkenswerte Erkrankungen des Zentralnervensystems mit eigenartigen Gliaherden (mit Projektion von Mikrophotogrammen). 5. Walter Lehmann, Göttingen: Schmerzleitende Fasern des Splanchnikus und ihr Verlauf. 6. F. H. Lewy, Berlin: Tonusprobleme in der Neurologie. 7. S. Loewenthal, Braunschweig: Zur Klinik und Therapie der Rückenmarksverletzungen. 8. K. Mendel, Berlin: Über intermittierendes Hinken. 9. O. B. Meyer, Würzburg: Zur Frage der Gelenksensibilität. 10. E. Nießl v. Mayendorf, Leipzig: Die Assoziationssysteme des menschlichen Vorderhirns (Projektionsvortrag). 11. L. Roemheld, Hornegg: Zur Frage der traumatischen Pseudotabes nach Kopfschuß (mit Demonstration eines Kranken). 12. A. Saenger, Hamburg: Über die kortikale Lokalisation der seitlichen Ablenkung der Augen. 13. P. Schuster, Berlin: Zur Pathologie der Blicklähmungen. 14. Frhr. v. Weizsäcker, Heidelberg: Über Willkürbewegun-



gen und Reflexe bei Erkrankungen des Rückenmarks. Elektromyographische Untersuchungen.

M. Nonne, I. Vorsitzender, Hamburg,
Neuer Jungfernstieg 23.

K. Mendel, Schriftführer Berlin, Augsburger Str. 43. Für den Ortsausschuß: A. v. Strümpell, Leipzig, Beethovenstr. 33. F. W. Quensel, Leipzig, Albertstr. 37. G. Köster, Leipzig, Lessingstr. 12.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.** Die nächste Versammlung wird am 31. Oktober d. J. in Jena tagen. Vorträge sind bis längstens 1. September an Professor Dr. Berger, Jena, Psychiatrische Universitätsklinik, bekanntzugeben.

— **Zur neuen Besoldungsordnung.** In der Mitteilung S. 145 Nr. 17-18 betr. Stadt Berlin, muß es heißen: Die Assistenzärzte erhalten die vollen Bezüge (100 v. H.) und die Volontärärzte 75 v. H. der Bezüge.

— **Provinz Pommern.** Eingruppierung der Anstaltsärzte in den Besoldungsplan: Es sind zugewiesen: Oberärzte der Gruppe X, Oberärzte in gehobener Stellung der Gruppe XI, Direktoren der Schlußgruppe (9700 bis 18 400 M Grundgehalt), Assistenzärzte beziehen als Stellenanwärter 5880 bis 7980 M Grundgehalt.

— In der **Provinz Ostpreußen** sind die Direktoren in Gruppe XII, die gehobenen Oberärzte in Gruppe XI, die Anstaltsärzte in Gruppe X eingereiht. Der Stellvertreter des Direktors erhält in Gruppe XI eine Funktionszulage von 600 M. Assistenzärzte erhalten im ersten Jahre 90 v. H., im zweiten Jahre 95 v. H. des Gehaltes der Anstaltsärzte. Zweijährige Aufrückungsstufen; Ortszuschlag wie im Reich. Abzüge für Dienstwohnung, Gartenland und Licht.

Therapeutisches.

— **Über Modenol.** Von Dr. Edmund Lekisch. Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilis in Wien. Wien. klin. Wochenschr. 1919 Nr. 39.

Modenol wurde gleich von Anfang an oder dann verwendet, wenn andere Quecksilberpräparate nicht vertragen wurden. Jeden zweiten Tag 2 ccm intramuskulär, im ganzen 24 Einspritzungen. Die bei Beginn positive Wassermannsche Reaktion wurde in sämtlichen 30 Fällen



is auf einen negativ, in ungefähr der Hälfte der Fälle chon nach den ersten zehn bis zwölf Injektionen. Der ämoglobingehalt stieg um 5 bis 25 v. H., das Körper-ewicht nahm durchschnittlich um 3 bis 4 kg zu, meist da, o auch der Hämoglobingehalt stärker erhöht war. Teil-eise keine Erhöhung des Gewichts, Gewichtsabnahme doch nur in einem Falle, wo auch Wassermann positiv lieb. Die syphilitischen Erscheinungen gingen bei len Kranken zurück, und zwar nicht wesentlich lang-mer, als es beim Gebrauch anderer Präparate ge-öhnlich der Fall ist. Niemals Stomatitiden; wo nach deren Quecksilberpräparaten vorhanden, gingen sie ter Modenolanwendung gewöhnlich zurück. Auch bei ranken mit floriden Lungenspitzenaffektionen wurde odenol gut vertragen. Keine Temperatursteigerung, dagegen Erhöhung des Hämoglobingehaltes und häufig Gewichtszunahme. Modenol ist auch zur kombinierten Quecksilbersalvarsanbehandlung geeignet.

Modenol ist ein dem Enesol identisches Präparat, das 0,4 v. H. Hydrargyrum und 0,6 v. H. Arsen enthält. Es kommt in Form steriler Ampullen zu 2 ccm in den Handel (Firma Merck, Darmstadt). Frey, Zeißel, Fürth und Sellei bestätigten die gute Verträglichkeit.

Diese Nummer enthält einen Prospekt der Firma
C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim-Waldhof,
betr. Arsenferratin,
welchen wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.






Lieferant für
Hotels u. Lazarette
Krankenhäuser
Garnisonverwaltg.
Kantinen
Grosse Kochtöpfe
1a Emaille, extr. schwer u. stark
bis zu 70 Liter Inhalt,
ferner sämtliche
Emaille-Geschirre
für Küche u. Haus
Paul Schwenkert
Dessau

welundzwanzigster Jahrgang. Nr. 23/24. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.
Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 23/24. 11. September **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Beitrag zur psychiatrischen Krankenbewegung im Kriege.[1]

(Aus der psychiatr. Abteilung des Städt. Krankenhauses Nürnberg; Oberarzt Dr. v. Rad.)

Von Dr. **Wilhelm Kluth**, Assistenzarzt.

[Im] folgenden soll an Hand von Tabellen und Kur[ven] über die Krankenbewegung an der psychia[tris]chen Abteilung des Städt. Krankenhauses in [Nü]rnberg während des Krieges berichtet werden.

Die Frage, was für Veränderungen der Krieg [in] dem Aufnahmeverhältnis der einzelnen Krank[he]iten hervorgerufen hat, ist schon, besonders in [Be]zug auf die Alkoholistenaufnahmen, nach der [An]regung Bonhöffers in seiner Arbeit über [di]e Abnahme an alkoholischen Erkrankungen (Mo[na]tsheifte f. Psych. u. Neur. Bd. 51 H. 6) von ver[sc]hiedenen Seiten untersucht worden. Es erübrigt [si]ch hier, die einzelnen Arbeiten aufzuzählen und [zu] würdigen, es hat dies ja auch schon Peretti [in] seiner Arbeit „Über den Rückgang der Alkoho[lis]tenaufnahmen" (B. K. W. 1918 H. 9) ausführlich [get]an. Außerdem liegt es nicht im Sinne dieser [Ar]beit, weitgehende Reflexionen anzustellen.

Die Tabellen und Kurven halten sich in ihrer Ausführung an diejenigen von Bonhöffer und Fürst (Inaugural-Dissertation 1919 „Über die Abnahme des Alkoholismus an der psychiatrischen Klinik Königsberg").

Wie bei letzteren, sind, um Vergleichswerte zu bekommen, die Jahre vom 1. August bis 1. August gerechnet. Es sind die fünf Friedensjahre vom 1. August 1909 bis 1. August 1914 den fünf Kriegsjahren vom 1. August 1914 bis 1. August 1919 gegenübergestellt. Wenn auch das letzte Jahr kein eigentliches Kriegsjahr mehr war, so bietet das Jahr vom 1. August 1918 bis 1. August 1919 wohl die gleichen Verhältnisse noch wie die eigentlichen Kriegsjahre. Die Zahlen beziehen sich nur auf die Zivilkranken, deren Aufnahme durch den Krieg keine Veränderungen, insbesondere keine Einschränkungen erleiden mußte, da für die Militärpersonen der gerade zu Kriegsbeginn fertiggestellte Neubau der psychiatrischen Abteilung zur Verfügung stand.

[1] Der Aufsatz wurde im März d. J. fertiggestellt.



Hier soll noch erwähnt werden, daß das Material fast durchweg aus ganz akuten Erkrankungen besteht, da der Charakter der Abteilung es ermöglicht, Psychosen sofort ohne besondere zeitraubende und umständliche Reglements einzuweisen.

Die beiden Tabellen I und II bringen die Gesamtaufnahmeziffern der Jahre 1909 bis 1919 und dann die prozentuale Beteiligung der einzelnen, hauptsächlichsten Krankheitsgruppen, nach Männern und Frauen getrennt. Die Betrachtung der beiden ersten Spalten, die der Schizophrenie und die des manisch-depressiven Irreseins, zeigt außer geringfügigen Schwankungen in den einzelnen Jahren keine abweichenden Verhältnisse in den Friedensjahren gegenüber den Kriegsjahren. Die prozentuale Beteiligung der Schizophrenen an der Gesamtaufnahmeziffer ist bei Männern und Frauen fast gleich, wogegen bei der manisch-depressiven Gruppe die Zahl der Frauen fast durchweg da[s] Doppelte bis Dreifache der Zahl der Männer aus[-] macht. Anders die nächste Gruppe, die der Hyste[-] riker und der psychopathischen Persönlichkeiten Während bei Männern bis zum Jahre 1914/15 di[e] Zahlen zwischen 9 und 14 v. H. schwanken, erfolg[t] im Jahre 1915/16 plötzlich eine Steigerung auf 1[...] v. H., geht in den nächsten Jahren weiter in di[e] Höhe und hält sich in den beiden letzten Jahre[n] auf über 32 v. H. Bei den Frauen, denen kein[e] militärische Einziehung drohte, vermissen wir die[-] ses rapide Anwachsen in den Kriegsjahren, doc[h] bewegen sich die Zahlen in der Kriegszeit ste[ts] auf einer Höhe über 26 v. H., während in den Frie[-] densjahren der Prozentsatz mehrfach unter 25 v. H. betrug.

Die nächste Rubrik, die der Morphinisten, fä[llt] bei den Männern während der Jahre 1915 bis 19[...]

Tabelle I. Männer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Jahrgang	Gesamtaufnahme	Schizophrenie v. H.	Manisch-depressives Irresein v. H.	Hysterische und psychopath. Persönlichk. v. H.	Morphinisten v. H.	Luetische Psychosen v. H.	Senile Psychosen v. H.	Akute Rauschzustände v. H.	Chronischer Alkoholismus v. H.	Sonstig[e] Erkran[-] kungen v. H.
1909/10	406	9,99	8,86	12,50	0,24	8,37	5,67	4,93	11,33	38,18
1910/11	484	8,88	7,64	9,71	0,41	10,12	6,61	4,75	15,52	36,36
1911/12	519	7,32	6,74	9,63	0,58	10,60	7,13	3,66	15,80	38,54
1912/13	581	5,54	6,71	14,28	0,51	9,29	6,02	0,86	23,06	33,73
1913/14	720	4,72	5,14	13,19	—	8,06	4,72	14,86	25,60	23,75
1914/15	598	4,52	5,02	12,21	0,17	8,03	8,03	19,57	19,90	22,58
1915/16	433	4,85	7,62	18,48	—	8,75	6,95	11,55	8,76	33,04
1916/17	306	6,86	5,56	21,57	—	8,50	15,69	2,94	6,21	32,68
1917/18	320	5,31	7,19	32,19	—	13,44	9,38	5,00	1,25	26,25
1918/19	424	6,37	3,07	32,31	1,18	8,25	13,21	4,25	1,91	29,48

Tabelle II. Frauen.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Jahrgang	Gesamtaufnahme	Schizophrenie v. H.	Manisch-depressives Irresein v. H.	Hysterische und psychopath. Persönlichk. v. H.	Morphinisten v. H.	Luetische Psychosen v. H.	Senile Psychosen v. H.	Akute Rauschzustände v. H.	Chronischer Alkoholismus v. H.	Sonsti[ge] Erkra[n-] kunge[n] v. H.
1909/10	234	13,93	24,36	20,68	0,43	5,13	7,69	0,43	1,28	26,07
1910/11	281	10,01	29,15	23,44	0,36	6,76	5,34	1,42	2,49	21,00
1911/12	314	7,64	31,21	25,16	0,64	4,14	3,82	0,64	1,19	24,84
1912/13	302	5,30	22,18	30,46	—	5,29	8,27	0,33	4,31	23,84
1913/14	388	8,00	19,07	34,79	0,26	5,67	5,93	0,77	6,44	19,07
1914/15	336	4,52	26,19	26,79	0,30	3,00	12,80	3,00	3,19	19,64
1915/16	385	8,05	24,94	30,13	—	3,38	11,17	2,60	0,52	19,22
1916/17	342	10,53	24,56	27,78	0,58	2,92	11,11	0,29	0,58	21,64
1917/18	336	10,71	22,33	34,22	0,29	6,54	9,52	1,19	0,30	15,47
1918/19	339	9,14	15,63	34,81	0,88	5,90	13,57	0,29	—	19,76

Aufnahmen völlig vermissen. Erst im Jahre 1918/19 steigt der sonst immer unter 1 v. H. sich haltende Prozentsatz plötzlich auf 1,18 v. H. Aus dieser im Vergleich zu den Prozentsätzen der Vorjahre auffallend hohen Prozentzahl allein eine Zunahme des Morphinismus zu rechtfertigen, ist wohl zu gewagt, abgesehen davon, daß die Prozentzahl bei so geringen absoluten Zahlen — so entspricht dem Prozentsatz 1,18 eine Aufnahmezahl von fünf Morphinisten — relativ leicht verschoben wird. Bei den Frauen halten sich die Friedens- und Kriegsaufnahmen so ziemlich die Wage.

Die folgende Gruppe der luetischen Psychosen zeigt sowohl bei Männern als auch bei Frauen keinerlei Abweichung der Kriegsjahre von den Friedensjahren, dagegen ergibt sich bei den senilen Psychosen, welche die nächste Spalte darstellen, in den Kriegsjahren ein deutliches Steigen der Aufnahmen sowohl bei Männern und Frauen, was wohl in der Hauptsache auf den Mangel an häuslicher Pflege zurückgeführt werden kann.

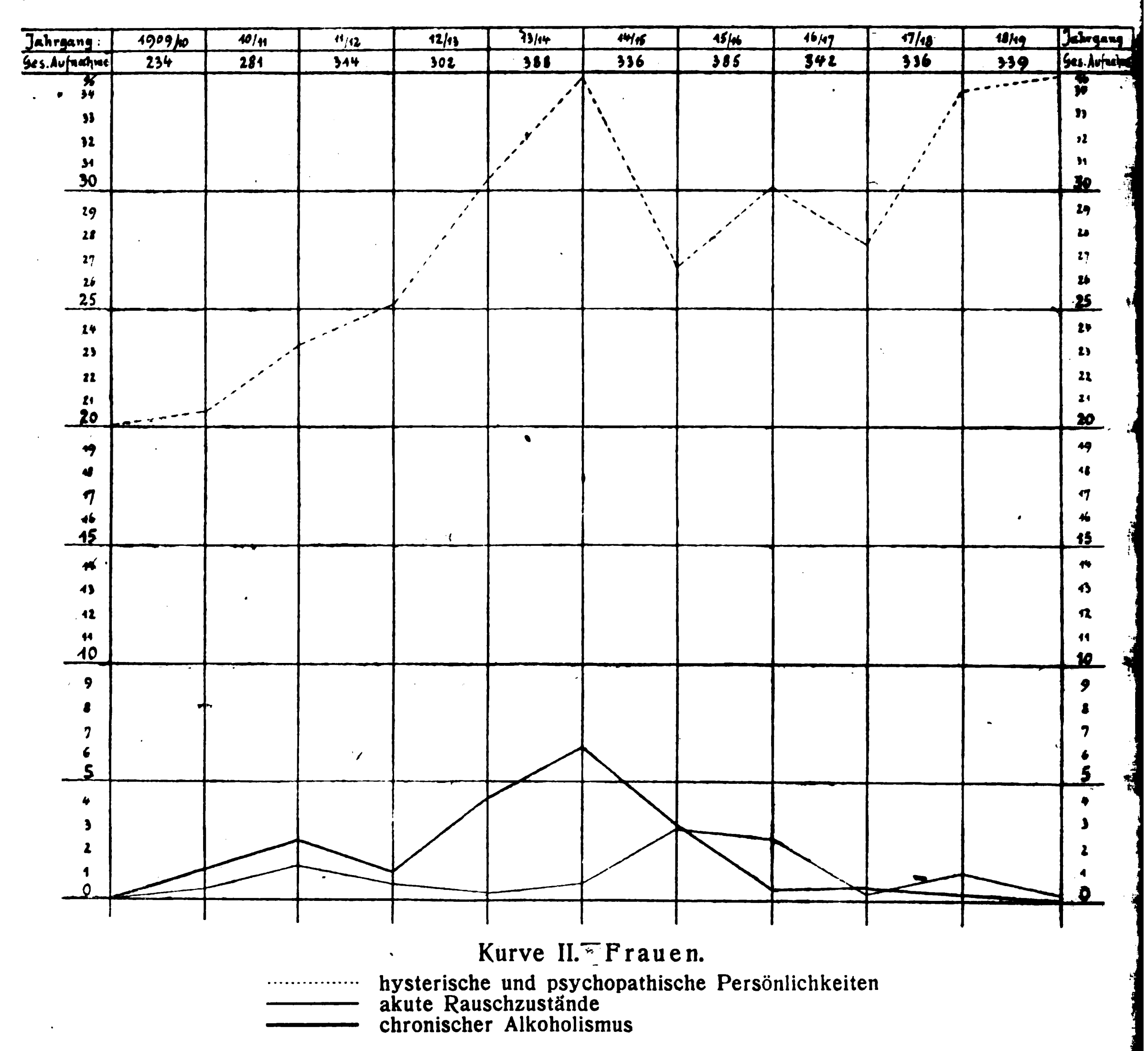
Bei der nun zu besprechenden Reihe der akuten Rauschzustände muß vorausgeschickt werden, daß die niedrigen Aufnahmezahlen bis 1913 sich dadurch erklären, daß bis zu diesem Jahre Rauschzustände nur relativ selten auf die psychiatrische Abteilung kamen. Erst im Jahre 1913 kam eine Magistratsverfügung heraus, nach der sämtliche Personen in bewußtlosem oder erregtem Zustande ins Krankenhaus einzuliefern sind. Als Folge dieser Bestimmung sehen wir dann, wenigstens bei den Männern, ein plötzliches Ansteigen des Prozentsatzes von 0,86 auf 14,86 v. H. Im ersten Kriegsjahre geht es dann bei den Männern von

Jahrgang:	1909/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	Jahrgang
Ges. Aufnahme:	406	484	549	581	720	598	433	306	320	424	Ges. Aufnahme

Kurve I. Männer.

.... hysterische und psychopathische Persönlichkeiten
——— akute Rauschzustände
——— chronischer Alkoholismus





Kurve II. Frauen.

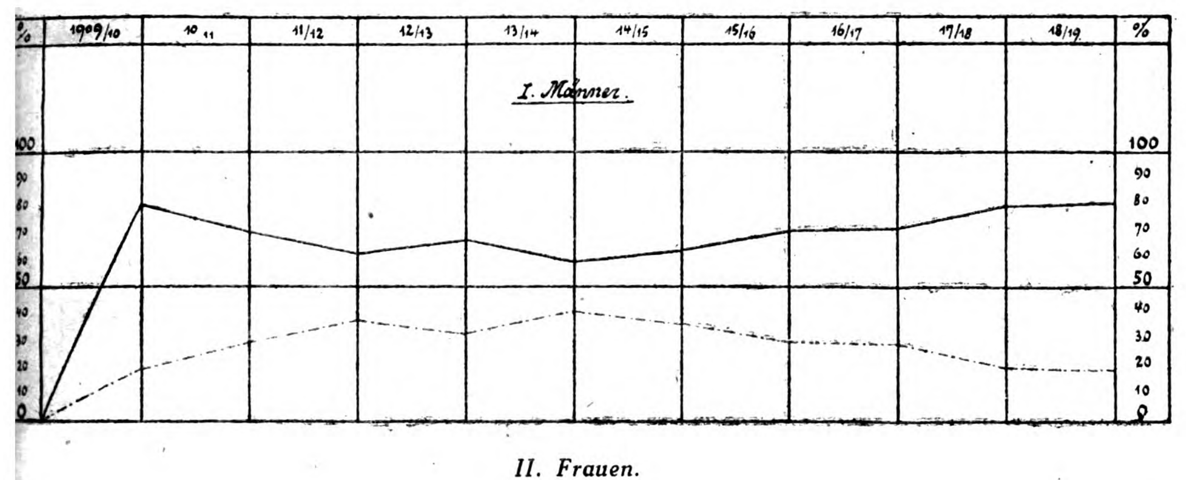
hysterische und psychopathische Persönlichkeiten
akute Rauschzustände
chronischer Alkoholismus

14,86 auf 19,57 v. H., um aber dann im Jahre 1915/16 auf 11,55 v. H. zu fallen und in den folgenden Jahren auf die Hälfte und noch weniger zu sinken. Bei den Frauen ist ein Sinken der Rauschzustände in den Kriegsjahren im Vergleich zu den Friedensjahren nicht festzustellen, dagegen geht die Aufnahmezahl in den drei letzten Kriegsjahren deutlich gegenüber den ersten beiden Kriegsjahren zurück.

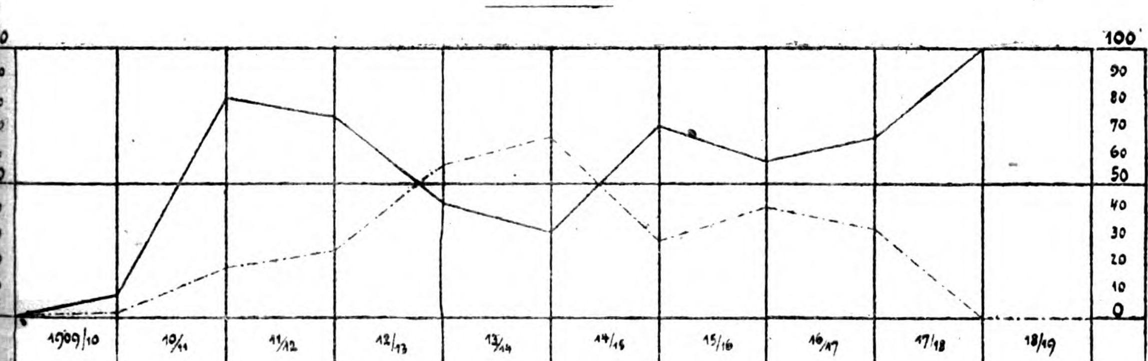
Einen einwandfreien Beweis für den Rückgang des Alkoholismus im Kriege liefert die nächste Spalte, welche die prozentuale Beteiligung der chronischen Alkoholisten an der Gesamtaufnahmezahl veranschaulicht. Hier sehen wir bei den Männern die Prozentzahlen in Friedensjahren zwischen 11 und etwas über 25 v. H. schwanken Schon im ersten Kriegsjahr geht die Zahl auf 19,90 v. H. zurück, fällt dann außerordentlich rasch und beträgt in den beiden letzten Jahren nur noch 1,25 [illegible] 1,91 v. H. Ähnlich, wenn auch nicht so steil, v[illegible] hält es sich mit dem Heruntergehen der Aufnah[illegible] zahlen bei den Frauen.

Die beiden Kurven I und II sollen das Ver[illegible] nis des Sinkens der Alkoholistenaufnahmen geg[illegible] über dem Steigen der Aufnahmen der Hysteri[illegible] und Psychopathen noch klarer erscheinen lass[illegible]

Zur Beantwortung der Frage, ob das Sin[illegible] der Alkoholistenaufnahmen in erster Linie d[illegible] das Fehlen der wehrkräftigen Jahresklassen ver[illegible] sacht wurde, soll die Kurve III dienen, welche [illegible] gesamten Alkoholistenaufnahmen (akute Rausch[illegible] stände + chronischer Alkoholismus) getrennt n[illegible] dem Alter über und unter 45 Jahren ein[illegible] der gegenüberstellen. Wir sehen, daß [illegible] Männern die Beteilgung der Jahresklassen [illegible] ter 45 Jahren das Doppelte bis vierfache [illegible]



II. Frauen.



Kurve III. Alkoholiker.

——— Männer und Frauen unter 45 Jahren
.... Männer und Frauen über 45 Jahren

ber 45 Jahre alten ausmacht und daß die (riegsjahre keine Abnahme, sondern eher eine ichte Zunahme der im wehrpflichtigen Alter tehenden Alkoholisten zeigen. Auch bei den rauen bilden die Aufnahmen unter 45 Jahren den lauptprozentsatz der Alkoholistenaufnahmen, nur 1 den Jahren 1912/14 erringen die Aufnahmen ber 45 Jahren das Übergewicht.

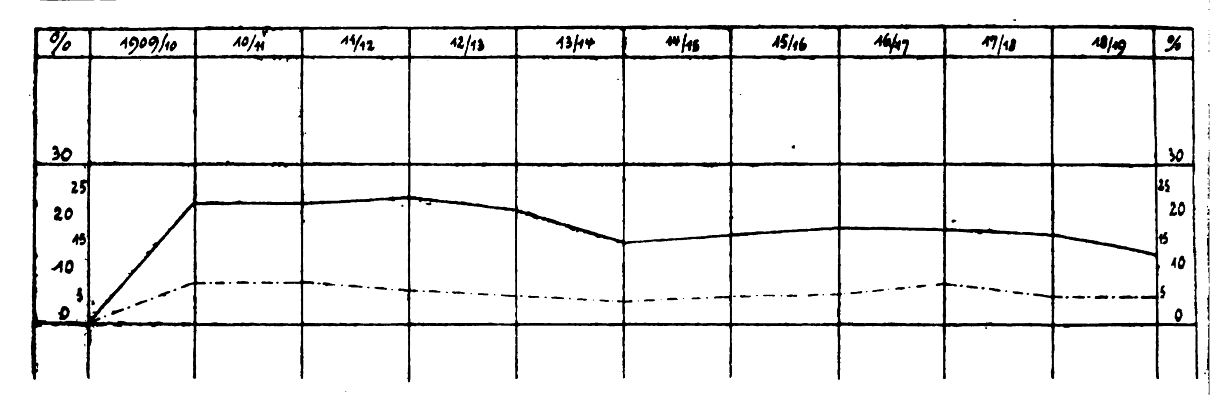
Die letzte Spalte der Tabellen I und II drückt en Prozentsatz der sonstigen Erkrankungen aus. lierzu sind die nicht rein psychiatrischen Fälle, erner die Aufnahmen zur Begutachtung, unklare älle und schließlich die Epileptiker gezählt.

Nähere Einzelheiten über die Verhältnisse der pileptiker zu den Gesamtaufnahmen veranschau- cht die Tabelle III und Kurve IV. Wir sehen in Abnehmen der absoluten Aufnahmezahl der pileptiker bei den Männern vom letzten Friedens- ahr an beginnend, welches in den drei letzten (riegsjahren bis auf ungefähr die Hälfte der frü- eren Aufahmen sinkt. Ziemlich parallel hierzu, wenn auch nicht im gleichen Maße fallend, verlaufen die Zahlen über die prozentuale Beteiligung der Epileptiker an den Gesamtaufnahmen. Auch hier fällt der Prozentsatz schon im letzten Frie-

Tabelle III. Epileptiker.

Jahrgang	Männer			Frauen		
	Gesamtaufnahme	Hiervon Epileptiker	Prozentsatz	Gesamtaufnahme	Hiervon Epileptiker	Prozentsatz
1909/10	406	92	22,66	234	18	7,69
1910/11	484	111	22,73	281	22	7,83
1911/12	519	123	23,89	314	20	6,37
1912/13	581	124	21,34	302	16	5,30
1913/14	720	109	15,14	388	17	4,38
1914/15	598	101	16,89	336	17	5,06
1915/16	433	78	18,01	385	22	5,71
1916/17	306	54	17,65	342	26	7,60
1917/18	320	53	16,56	336	17	5,06
1918/19	424	55	12,97	339	17	5,02





Kurve IV. Epileptiker.

——— Männer .... Frauen

densjahr, hält sich dann fast auf gleicher Höhe und geht im Jahre 1918/19 dann von 16,56 auf 12,97 v. H. zurück.

Bei den Frauen sind die absoluten Aufnahmezahlen im Kriege im Vergleich zu denen des Friedens ungefähr die gleichen, während aber ihr Prozentsatz zu den Gesamtaufnahmen vom Jahre 1913/14 an ein leichtes Zurückgehen zeigt.

Die Frage, inwieweit dieser Rückgang der Epileptikeraufnahmen im Zusammenhang mit der Abnahme des Alkoholismus steht, muß offen gelassen werden, insbesondere, da der Prozentsatz der Epileptiker schon im Jahre 1913/14, dem Jahre, das in den zehn Vergleichsjahren den größten Prozentsatz von Alkoholisten aufweist, beginnt. Auch auf die Annahme, daß die genauere Diagnosenstellung — hat uns doch der Krieg die Hysterie, besonders die des Mannes, viel vertrauter gemacht — einen gewissen Einfluß auf das Sinken der Epileptikerzahlen ausüben könnte, kann wegen der schon vor dem Kriege festgestellten Abnahme der Epileptiker nicht weiter eingegangen werden.

Der Krieg führte demnach an der hiesigen Abteilung zu folgenden Abweichungen von der Friedenszeit: bei den Hysterikern und Psychopathen wurde besonders auf der Männerabteilung ein starkes Anwachsen beobachtet. Bei den senilen Psychosen beiderlei Geschlechts trat ein mäßiges Steigen der Aufnahmezahl in Erscheinung.

Eine gewaltige Abnahme erfuhr der Prozentsatz der Alkoholistenaufnahmen auf beiden Abteilungen. Außerdem gingen die Epileptikeraufnahmen, sowohl die männlichen als die der Frauen um ein leichtes zurück.

Keine Änderung gegenüber den Friedensjahren trat ein bei den Schizophrenen, Manisch-Depressiven und bei den luetischen und Intoxikationspsychosen.

Das Schicksal der aus der Anstalt entlassenen Geisteskranken.

(Aus der Lippischen Staatsirrenanstalt Lindenhaus bei Lemgo. Direktor: Geh.-Reg.-Rat Med.-Rat Dr. Alter.)

Von Dr. **Erich Friedlaender,** Abteilungsarzt an der Anstalt.

Auf Veranlassung des Direktors der Anstalt sind hier vor kurzem zu statistischen Zwecken Erhebungen über das weitere Schicksal aller aus unserer Anstalt in den Jahren 1910 bis 1919 entlassenen Kranken gemacht worden.

Diese statistischen Erhebungen haben ein besonderes praktisches Interesse, da sie sich in verschiedenen Punkten wesentlich von allen anderen bisher erhobenen Statistiken unterscheiden, wie sie z. B. schon früher von Treiber[1]) und Müller[2]) veröffentlicht worden sind.

Vor allem umfassen unsere Erhebungen alle in diesem Zeitraum nach Behandlung in der Anstalt wieder ins bürgerliche Leben entlassenen Kranken, sie beschränken sich also nicht nur auf die gegen ärztlichen Rat oder mit Revers entlassenen Kranken. Sodann hat sich unsere Fragestellung dieses mal nicht auf das wissenschaftlich-diagnostische Gebiet erstreckt, sondern es sind lediglich Fragen rein wirtschaftlich-sozialer Natur berührt worden; das hat den großen Vorteil, daß diese Fragen von den in Betracht kommenden Stellen viel zuverlässiger beantwortet werden können, daß sie aber auch für die spätere statistische

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 72 H. 1.

[2]) Psych.-neurol. Wochenschr. Jahrg. 18 Nr. 15-16.



che Bearbeitung ein praktisch verwertbareres laterial ergeben.

Unsere Fragestellung hat daher folgendermaßen elautet: Die Erhebung hat alle nach Behandlung us der Anstalt ins bürgerliche Leben ntlassenen Kranken zu umfassen, auszuschließen ind also nur die in der Anstalt verstorbenen, in ndere Anstalten überführten oder der Anstalt ledigch zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand berwiesenen Kranken.

Wieviele von diesen Kranken waren nach ihrer ntlassung

1. voll erwerbsfähig,
2. teilweise erwerbsfähig,
3. zeitweise überwachungsbedürftig,
4. dauernd überwachungsbedürftig,
5. ihrer Umgebung lästig und unsozial,
6. wieder anstaltspflegebedürftig,
7. haben durch Selbstmord geendet.

Ich lasse nun zunächst kurz das Ergebnis unser Erhebungen folgen.

In den Jahren 1910 bis 1919 wurden aus der Anstalt nach Behandlung wieder ins bürgerliche Leben entlassen: 536 Männer und 275 Frauen.

Es konnten Katamnesen erhoben werden von 3 Männern = 58 v. H. und 162 Frauen = 59 v. H. Diese Katamnesen erstrecken sich auf fast alle der Anstalt untergebracht gewesenen Lippischen Kranken, zu denen noch einige Nichtlipper mmen, über die zuverlässige Nachrichten zu erlten waren.

Von diesen Kranken sind nach ihrer Entlassung der Anstalt aus unbekannten Gründen gestorn 13 Männer und 18 Frauen.

Diese Kranken kommen für die Statistik in Fort, es bleiben also noch statistisch verwertbar 300 inner und 144 Frauen gleich 444 Kranke.

Von diesen 444 Kranken waren:

angehörigen zurückzuführen ist, bei denen es sich in der Mehrzahl der Fälle um akute Erkrankungen gehandelt hat.

Sehr auffällig ist ferner der Unterschied zwischen Männern und Frauen in der ersten und in der sechsten Rubrik. Daß eine verhältnismäßig größere Anzahl von Frauen als „voll erwerbsfähig" bezeichnet werden konnte, wird wohl zum größten Teil dadurch bedingt, daß die Frau, deren Erwerbsleben — wenigstens in Lippe — sich zum größten Teil im Rahmen der Häuslichkeit abspielt, ihren Beruf auch bei nicht ganz intaktem Nervensystem viel eher versehen kann, wie der Mann, der in seiner Tätigkeit allen Unannehmlichkeiten und Konfliktmöglichkeiten des täglichen Lebens in viel schärferer Weise ausgesetzt ist.

Aus dem gleichen Grunde mußten auch so unverhältnismäßig mehr Männer über kurz oder lang wieder einer Anstalt zugeführt werden. Das trifft, wie uns neben unseren eigenen Erfahrungen zahlreiche Auskünfte anderer Anstalten bewiesen haben, vor allem für die unsozialen und kriminellen Kranken zu, die sich nach ihrer Entlassung aus der Anstalt nie lange im bürgerlichen Leben behaupten konnten und meist schon nach kurzer Zeit wieder entweder in einer Irrenanstalt oder im Gefängnis gelandet sind. Überdies wird unsere Männerstatistik der wieder anstaltspflegebedürftig gewordenen Kranken noch stark durch einige an zirkulären Psychosen leidende Kranke belastet, die häufig aus der Anstalt beurlaubt worden sind, um dann stets bald wieder zur Aufnahme zu kommen.

Betrachten wir nun das Gesamtergebnis, so ist zunächst festzustellen, daß die Zahlen unter Nr. 3 bis 7 sicherlich nur Mindestzahlen sind, die in Wirklichkeit eher höher gegriffen werden müssen, da wohl angenommen werden darf, daß die Auskunft erteilenden Stellen im allgemeinen ge-

		Männer	Frauen	Zusammen
1.	voll erwerbsfähig	66 = 22 v. H.	47 = 32 v. H.	113 = 26 v. H.
2.	teilweise erwerbsfähig	28 = 9 „	25 = 17 „	53 = 12 „
3.	zeitweise überwachungsbedürftig	15 = 5 „	14 = 10 „	29 = 7 „
4.	dauernd überwachungsbedürftig	17 = 5 „	10 = 7 „	27 = 7 „
5.	ihrer Umgebung lästig und unsozial	11 = 4 „	10 = 7 „	21 = 5 „
6.	wieder anstaltspflegebedürftig	158 = 53 „	30 = 21 „	188 = 40 „
7.	durch Selbstmord geendet	5 = 2 „	8 = 6 „	13 = 3 „

Zu diesen Zahlen ist erläuternd zu bemerken, daß das starke Überwiegen der Männer unter den entlassenen Kranken auf die zahlreichen seit Kriegsausbruch in der Anstalt verpflegten Heeres-

neigt sind, einen Kranken womöglich als voll- oder wenigstens teilweise erwerbsfähig zu bezeichnen. Das wird auch durch die Tatsache bewiesen, daß schon in dem kurzen Zeitraum nach Beendi-



gung der Statistik wieder einige als voll und teilweise erwerbsfähig bezeichnete Kranke unter schweren Krankheitserscheinungen zur Aufnahme gekommen sind, die sich zweifellos nicht erst in der letzten Zeit entwickelt haben.[3])

Aber selbst wenn wir diese Mindestzahlen zugrundelegen, so bleibt die Zahl derjenigen Kranken doch erschreckend gering, die wieder als sozial und wirtschaftlich wertvolle Mitglieder der Gesellschaft angesehen werden können: es sind das insgesamt aus den unter Nr. 1 und 2 aufgeführten Rubriken nur 37 v. H., also wenig mehr als ein Drittel!

Noch schwerer fällt aber ins Gewicht, daß alle unter Nr. 3 bis 7 aufgeführten Kranken, also 63 v. H. — fast zwei Drittel! — nicht nur selbst keine Werte schaffen konnten, sondern sogar noch als eine erhebliche soziale und wirtschaftliche Belastung angesehen werden müssen, da sie alle mehr oder weniger überwachungsbedürftig waren und daher naturgemäß geistig Gesunde und wirtschaftlich voll Leistungsfähige zu ihrer Überwachung von anderen für die Allgemeinheit wertvolleren Verrichtungen abgezogen haben.

Man mag sich aus ärztlichen Gründen zu der Frage der frühzeitigen Entlassung Geisteskranker aus der Anstalt stellen wie man will: man wird doch anerkennen müssen, daß solche statistischen Erfahrungen in der Zeit der größten wirtschaftlichen und sozialen Not, in der alle gesunden Kräfte zum Wiederaufbau aufs äußerste ausgenutzt werden müssen, zur größten Vorsicht mahnen! Es ist jetzt im Interesse der Allgemeinheit unbedingt erforderlich, daß unsere Kräfte nicht in solchen unfruchtbaren und unrationellen Leistungen verzettelt werden, daher gehören alle nicht vollkommen wiederhergestellten Geisteskranken jetzt mehr denn je in die Anstaltspflege, wo sie am zweckmäßigsten und für die Allgemeinheit am billigsten versorgt werden. Denn es dürfen nicht nur, wie das häufig geschieht, die baren Kosten der Anstaltspflege in Anschlag gebracht werden, sondern es müssen eben auch diese sich meist viel höher stellenden Ausfälle in Abzug gebracht werden, die durch eine solche Inanspruchnahme geistig Gesunder und voll Erwerbsfähiger hervorgerufen werden.

Daneben sei nur kurz darauf hingewiesen, daß erfahrungsgemäß jeder geistig nicht voll Gesunde in der Familie seine Umgebung ungünstig, nicht selten geradezu schädlich beeinflußt: wer das Unglück gehabt hat, solche Zustände in der eigenen Familie zu erleben, weiß ihre gemütlich[...] werblich unter Umständen geradezu [...] nisvollen Folgen einzuschätzen. Sie ma[...] auch dann noch auf das empfindlichste[...] wenn das schlimmste Verhängnis, ein Se[...] des Kranken vermieden werden kann, der [...] stets als psychisches Trauma allerschwer[...] für die davon betroffene Familie wirkt [...] wertet werden muß.

Die Rubrik Nr. 7 gibt in dieser Beziehu[...] sonders zu denken, denn 13 Selbstmorde[...] lassener Kranker[4]) (= 3 v. H.) in zehn Jah[...] doch eine verhältnismäßig sehr hohe Zahl.

Schon Müller[2]) hat festgestellt, daß die[...] gebnisse seiner Statistik über vorzeitige En[...] sungen gegen ärztlichen Rat „recht widerspru[...] voll sind und je nach persönlicher Stellungna[...] Befürworter und Widerrater frühzeitiger Entlas[...] sie für sich verwerten können".

Vergleichen wir nun unsere Ergebnisse [...] denen Müllers und Treibers, die ledi[...] die vorzeitig entlassenen Kranken berücksic[...] haben, so wird dieser Widerspruch noch gr[...] denn in unserer Gesamtstatistik ist der Pro[...] satz der erwerbsfähigen Kranken viel geringer[...] Zahl der Pflegebedürftigen, der Wiederaufnah[...] und der Selbstmorde erheblich größer, wie [...] Müller und Treiber. Das beweist, da[...] wohl in einzelnen Fällen, die der Arzt nich[...] günstig beurteilt hat, wider Erwarten gut g[...] kann, daß es dafür aber in zahlreichen Fälle[...] denen der Arzt gegen die Entlassung keine we[...] lichen Bedenken geäußert hat, um so schle[...] geht.

Man darf nun allerdings aus dieser Tat[...] der psychiatrischen Prognosenstellung k[...] Strick zu drehen versuchen, denn es muß be[...] sichtigt werden, daß nach den jetzt geltenden[...] stimmungen der Anstaltsarzt sein Veto gege[...] Entlassung nur einlegen kann, wenn er Grun[...] der Annahme hat, daß der Kranke noch geme[...] fährlich ist. In den zahlreichen Fällen, in denen [...] Gemeingefährlichkeit vorliegt, in denen der [...] aber genau weiß, daß der Kranke noch nicht g[...] ist und außerhalb der Anstalt sozial verkommt[...] was noch schlimmer ist, eine erhebliche Bela[...] seiner Familie darstellt, in allen diesen Fälle[...] steht bisher leider keine Möglichkeit, die E[...] sung zu verhindern, und diese Kranken si[...] dann, die hauptsächlich zu den hohen Zahlen[...] Überwachungsbedürftigen, Unsozialen und w[...]

---

[3]) Anmerkung bei der Korrektur: In der Zwischenzeit hat noch ein gegen Revers entlassener Kranker das Haus seiner Pflegeeltern niedergebrannt und ein weiterer Kranker Selbstmord verübt.

[4]) Anmerkung bei der Korrektur: Diese Za[...] mittlerweile schon auf 14 gestiegen!



ınstaltspflegebedürftigen beitragen, obwohl sie icht „vorzeitig" aus der Anstalt entlassen worden ind.

Es wäre dringend wünschenswert, daß unere Gesetzgebung dafür sorgte, daß solche Kranke ı einer Anstalt verbleiben müssen, auch wenn sie icht als unbedingt gemeingefährlich anzusehen nd. Jedenfalls lehrt unsere Statistik, daß die Prognose vor der Entlassung eines jeden Kranken aus der Anstalt nicht vorsichtig genug gestellt werden kann und daß wir zu besonders frühzeitigen Entlassungen jetzt noch weniger Anlaß haben, wie früher, denn sie stellen eine unnütze wirtschaftliche und soziale Mehrbelastung der Allgemeinheit dar, die gerade in der jetzigen Zeit vermieden werden muß und vermieden werden kann.

Stellung der Ärzte an Irrenanstalten.

Von Dr. **Helmut Müller,** Leipzig-Dösen.

Jm den älteren Ärzten an öffentlichen Irrenanstalten einen mehr befriedigenden Wirkungs-'eis zu schaffen, hat kürzlich Otto Rehm in r. 21 der Münch. med. Wochenschr. den Vorschlag :macht, neben dem Direktor noch einen oder ehrere „leitende Ärzte" an den Anstalten anzuellen. Dieser Vorschlag steht gerade im Gegentz zu den Wünschen, die jetzt unter den Anstaltszten weit verbreitet und nicht unberechtigt sind. e Unterordnung unter den Direktor ist ohne ıchteil für die Anstalten nicht zu vermeiden. Man ichte nun aber als reifer Mensch nicht außerdem ch einem anderen „hervorgehobenen" Kollegen terstehen, wie es in manchen Anstalten ist, wo ie Staffelung nach Art der militärischen Rangordng für vorteilhaft gehalten wird. Sollen die Anıltsärzte Berufsfreude behalten, so müssen sie in em Beruf frei wirken können, sie müssen von m Drucke der Stellung eines Untergebenen beit werden, soweit es das Anstaltsinteresse zu-'t, und ein Vorrang einzelner darf nicht auf sten der Mehrheit gehen.

Nach Rehms Formel An (L über O; As, As darunter) ist von fünf

```
     L
  ⌢⌢⌢⌢⌢
An |   O
   |   |
  As  As
```

zten einer selbständig; ein zweiter erfreut sich nigstens in seiner ärztlichen Tätigkeit noch der iheit. Drei aber befinden sich in einer Stellung, kein selbstbewußter und leistungsfähiger nsch mehr gutwillig auf sich nehmen sollte, wenn in den dreißiger Jahren sich befindet. Woher l Rehm überhaupt bei der von ihm selbst beten Stagnation der Ärzte die Schar der Assinzärzte nehmen, deren er z. B. für eine Anstalt ı 1000 Kranken vier bedarf? Wir finden ja :rall fast ausschließlich Ärzte in reiferem Alter l nur wenige, die nicht schon vor dem Krieg antellt waren.

Nein, für die öffentlichen Anstalten ist Rehms Plan nicht gut, vollends nicht unter den gegenwärtigen Verhältnissen. Er würde nicht, wie Rehm glaubt, ein Vorwärtskommen gewährleisten und jedem erfahrenen Arzt eine angemessene Selbständigkeit geben, sondern die Mehrzahl in knechtischer Abhängigkeit halten, nicht Strebsamkeit fördern, sondern Maschinengeist.

Rehms Vorschlag nimmt aber auch keine Rücksicht auf das Anstaltsinteresse, welches doch der Leitstern aller Einrichtungen bleibt. Wenn die Krankenabteilungen unter verschiedene Leitungsstellen zersplittert werden, muß der ganze Anstaltsbetrieb Schaden leiden. In den Anstalten ist durch vielfältige Beziehungen ein Glied an das andere geknüpft und, wenn nicht alle Fäden zu einer Spitze laufen, muß es fortgesetzt Reibungen und Störungen geben. Einheitlicher Geist und planvolles Vorwärtsstreben kommen nur durch das Wirken *einer* Persönlichkeit. Alle Erfahrung spricht dafür, daß eine Verwaltungsmaschine einheitliche Führung braucht.

Eine Besserung der Verhältnisse ist für die Ärzte dadurch zu erreichen, daß alle Anstaltsärzte von einer gewissen Reife an in ihrer Krankenbehandlung, möglichst auch in der Abteilungsführung wirklich selbständig gestellt werden, wie ein jeder Arzt oder Akademiker im freien Berufe seine Tätigkeit selbständig und frei ausübt. Dabei sind freilich gewisse Bindungen im Interesse aller als auch der Anstalt notwendig, z. B. in Richtlinien der Behandlung, Dienstvorschriften, Dienst des Pflegepersonals u. a. m. Viele gut geleiteten Anstalten haben schon seit Jahrzehnten in diesem Sinne vorwärts gestrebt, aber es ist noch viel zu bessern. Von den Bemühungen des Reichsverbandes ist guter Erfolg zu hoffen, an allen Stellen muß jedoch mitgearbeitet werden. Die Fortschritte werden der ganzen Anstalt und den Kranken zugute kommen.

Besser wäre es, jede Anstalt hätte auch eine Anzahl jüngerer Ärzte. Ein immer gleiches, altern-

des Kollegium versauert gar zu leicht. Die Jungen bringen neue Beziehungen zur Hochschule, neue Strebungen und einen frischen, unbefangenen Geist hinein, der manche alten Spinnweben wegweht. Einige Ärzte werden entlastet, größere Abteilungen können zusammengefaßt werden. Im Lehren wird ein Veralteter vielleicht wieder jung. Leider hat sich unser Berufsstand so entwickelt, daß eine Anstalt nur selten junge Kräfte braucht; denn es fehlt an Abfluß älterer Ärzte. Die Möglichkeiten eines solchen sollten mehr gefördert werden. Für Kreis- (Bezirks-), Gerichts-, Gemeindeärzte und ähnliche Posten sind Anstaltsärzte in Hygiene, Verwaltung, Schriftverkehr und forensischer Tätigkeit besonders gut vorgebildet.

Dem Anstaltsdirektor muß die Leitung der Anstalt ohne hemmende Einschränkungen gewahrt bleiben. Seine Stellung wird nicht gedrückt, sondern gehoben, wenn er nicht über Dienern, sondern über freien Ärzten steht. Daß es, wie Rehm hervorhebt, wünschenswert ist, in leitende Stellen die Tüchtigsten und Brauchbarsten zu nehmen und nicht einfach nach dem Alter hinaufzuschieben, wird jeder Vorurteilsfreie anerkennen. Ohne Härten und Klagen geht es dabei natürlich nicht ab.

Was ein System, wie das von Rehm, als Vorteil bietet, Heraushebung der tüchtigeren Ärzte, Entlastung des Direktors von Schreibwerk, Förderung besonders wichtiger Aufgaben (Wissenschaft, Forensisches, Prosektur u. a.) läßt sich ebensogut oder besser im Rahmen der Gleichberechtigung der Ärzte durch Verteilung bestimmter Ämter erreichen. Es ist immerhin nicht zu bestreiten, daß durch Rehms Vorschlag der Direktor dadurch beträchtlich entlastet wird, daß er von der Aufsicht und Verantwortung für den Kranken- und Abteilungsdienst eines großen Teils der Anstalt durch die anderen leitenden Ärzte sich ganz befreit sieht und die hierdurch gewonnene Kraft, wenn er Neigung hat, eigener Krankenbehandlung o. a. zuwenden kann. Aber bis zu einem beträchtlichen Grade ist eine derartige Entlastung auch dadurch zu erreichen, daß jedem Abteilungsarzt die volle Verantwortung für Krankenbehandlung und Abteilungsbetrieb zugewiesen wird. Ich vermag andererseits keine unberechtigte Zumutung darin zu sehen, daß etwa im Innern der Anstalt der Direktor sich auf die Leitung der Anstalt beschränken müßte, die Arbeit und Interesse genug bietet und vielfach allein einen ganzen Mann verlangt.

In Nr. 13-14 dieser Wochenschrift preist Vollrath, dessen Kritik an Rehms Vorschlägen im übrigen nur beizustimmen ist, den Gedanken, da[ß] auch der Direktor eine Krankenabteilung führt, al[s] besonders glücklich. Für manche Persönlichkeiten und Umstände kann es gewiß von großem Vorte[il] sein, daß der erfahrenste Arzt der Anstalt sich a[n] der Krankenbehandlung beteiligt und daß der Leit[er] der Anstalt selbst im Abteilungsdienst steht. Ei[ne] Verallgemeinerung ist aber nicht am Platz. Z[u] einer derartigen Spaltung der Persönlichkeit we[r]den viele Direktoren sich nicht eignen und au[ch] wohl nicht Lust haben. An manchen Anstalten wi[rd] die Ausdehnung und Schwierigkeit der Verwaltu[ng] es überhaupt verbieten. Eine Krankenabteilu[ng] führen und eine Anstalt leiten erfordert jedes vo[lle] Hingabe und meist jedes für sich eine ganze Pe[r]sönlichkeit. Von einer Überladung hätten Ansta[lt], Kranke und die Ärzte selbst nur Nachteil.

Nun schlägt aber Vollrath gar ein Verw[al]tungskollegium vor! Durch viele Bemühungen [ist] es in jahrzehntelangem Kampf erreicht, daß [die] Leitung der Irrenanstalten ganz in ärztliche Ha[nd] kam, und daß ein Direktor an der Spitze ste[ht]. Nur Unkenntnis der Geschichte des Irrenwese[ns] kann jetzt den Verzicht auf das schwer Errunge[ne] fordern. Wir haben die bitteren Klagen der älte[ren] Ärzte über die früheren Zustände unter Verw[al]tungskollegien gehört und es ist als eine der we[rt]vollsten Errungenschaften für die Anstalten und [die] Kranken gepriesen worden, daß die Anstalts[lei]tung in einheitliche, rein ärztliche Hand gekomm[en] ist. Neuerdings wieder sollen in dem besetz[ten] Gebiet im Westen mit einem derartigen Ko[lle]gium ganz trübe Erfahrungen gemacht wor[den] sein. Wann wäre auch je aus dem Regiment ei[ner] mehrköpfigen Spitze etwas Gutes erwachsen! [Da] gibt es Hemmungen und Unstimmigkeiten über[all] und das ärztliche Interesse, d. h. das Interesse [der] Kranken, kommt vielfach zu kurz.

Der Wert der frei wirkenden Persönlichkeit [muß] nur in Geltung bleiben. Lassen wir dem Ab[tei]lungsarzt Freiheit in seinem Bereich und dem [Di]rektor Freiheit in der Führung. So wird am be[sten] Gutes geschaffen, zumal, wenn es vermieden w[ird,] alles nach einer Schablone zu modeln.

Zur Sachs-Georgi-Reaktion.

Von Dr. **G. Fehsenfeld,** Oberarzt an der Landesirrenanstalt Neuruppin.

ie bisherigen Veröffentlichungen vergleichender Untersuchungen über Sachs-Georgi-Reaktion Wassermann-Reaktion stimmen darin überein, beide Reaktionen in weitgehendem Maße zusammgehen. Die zahlenmäßigen Angaben der Übertimmung schwanken zwischen 94 und 82 v. H. ıe eigenen Untersuchungen haben 85 v. H. er- :n.

Was die voneinander abweichenden Resul- der Sachs-Georgi-R. und der Wassermann-R. :langt, so sind die Ansichten der Autoren noch ickhaltend. Nach Münster „übertrifft die ıs-Georgi-R. oft als Indikator für das Ergebnis antiluetischen Behandlung die Wassermann-R.". ıeer findet, daß „die Sachs-Georgi-R. auch in :n von Lues positiv ist, wo die Wassermann- ıegativ ist". Nach Hauck ist „die Sachs- rgi-R. bei latenter Lues und in behandelten :n der Wassermann-R. an Empfindlichkeit legen". Nach Eicke und Rose „erscheint Sachs-Georgi-R. schon heute geeignet, die sermann-R. gut zu ergänzen, in vielen Fällen r zu ersetzen" usw.

Meine Erfahrungen sind folgende: Von den :n mit abweichenden Reaktionen waren 79 v. H. ıs-Georgi-positiv und 3,45 v. H. Wassermann- iv. Unter den Sachs-Georgi-positiven Reak- :n betrafen sicher luetische Erkrankungen Iälfte; (es handelte sich überwiegend um Er- kungen an Paralyse, aber auch um frische un- ndelte Lues und um alte energisch behandelte fälle.) Bei diesen fiel die Wassermann-R. in v. H. negativ, in 41,7 v. H. zweifelhaft (±) aus. sahen, daß frische Luesfälle (vier bis sechs hen post infectionem) noch Wassermann-nega- aber schon Sachs-Georgi-positiv waren, daß behandelte Luesfälle mit negativer Wasser- ı-R. noch stark positive Sachs-Georgi-R. zeig- und daß vor allem bei der fortschreitenden syphilis ein erheblich größerer Vomhundert- durch die Sachs-Georgi-R. in seiner luetischen :se bestätigt wurde, als durch die W.-R. ıde in zweifelhaften paralyseverdächtigen ankungen, wo die Wassermann-R., auch bei Auswertung, oft völlig im Stiche ließ, ergab die Sachs-Georgi-R. ein positives Ergebnis und half die Zweifel beseitigen. Natürlich wurden auch alle anderen Reaktionen, insbesondere die Goldreaktion zur Klärung herangezogen.

Erwähnt sei hierbei, daß auch bei gleichsinnigem Ausfalle beider Reaktionen weit öfter die Sachs-Georgi-R. stärker ausfiel, als die Wassermann-R., also z. B. S.-G.-R. +++ und W.-R. +.

Die Frage, ob die Sachs-Georgi-R. die Wassermann-R. ersetzen kann, ist daher nicht allein zu bejahen, sondern es muß hinzugefügt werden, daß sie mehr leistet, als die Wassermann-R. Denn je empfindlicher eine Reaktion ist, — an der Spezifität der Sachs-Georgi-R. besteht ja kein Zweifel mehr —, desto besser ist es um Diagnose und Prognose bestellt. Das möchte ich ganz besonders betonen bei frischen Luesfällen, die auf diese Weise schneller der Behandlung zugeführt werden können; weil eben die Sachs-Georgi-R. oft lange vor der Wassermann-R. positiv ist. Die Behandlungsdauer müßte meines Erachtens nicht allein bis zum etwaigen Verschwinden der Wassermann-R., sondern auch der Sachs-Georgi-R. ausgedehnt werden.

Wir sind bisher gewöhnt, die Wassermann-R. als die beherrschende Syphilisreaktion anzusehen, welche die Entscheidung gibt, während die anderen Reaktionen gleichsam nur vorfühlen, voruntersuchen. Die Sachs-Georgi-R. eignet sich dazu besser, nicht zum wenigsten aus dem Grunde, weil sie viel einfacher anzustellen ist.

Außer dem Patientenserum und dem Extrakt wird keine Reagenz und kein Material benötigt; infolgedessen ist die Reaktion auch erheblich billiger, was in der heutigen Zeit ja nicht bedeutungslos ist.

Die Technik der Reaktion wurde zuletzt stets so gehandhabt, daß die Röhrchen 48 Stunden im Brutschrank belassen wurden und sowohl nach 24 wie nach 48 Stunden das Resultat bestimmt wurde.



Entscheidungen des Bundesamts für das Heimatwesen.

1. Armenrechtliche Verpflichtung des Armenverbandes, für Geisteskranke zu sorgen, verneint.

(Unterst.-Wohns.-Ges. § 28.)

Das Bundesamt für das Heimatwesen hat in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß eine armenrechtliche Verpflichtung eines (preußischen) Landarmenverbandes, für Geisteskranke auf Grund der Novelle zum Pr. AG. vom 11. Juli 1891 zu sorgen, nicht besteht, wenn die Bewahrung nicht im eigenen Interesse des Geisteskranken, sondern ausschließlich im Interesse der öffentlichen Sicherheit erforderlich ist. Denn durch das erwähnte Gesetz sind den Landarmenverbänden keine über die öffentliche Armenpflege nach den allgemeinen Grundsätzen des preußischen Armenrechts hinausgehenden Aufgaben zugewiesen worden. Die Verpflichtung der Landarmenverbände zur Gewährung von Anstaltspflege tritt aber nur ein, wenn der Geisteskranke dieser Pflege zu seiner Bewahrung oder Erholung, zu seinem Schutze gegen ihm außerhalb der Anstalt drohende Gefahren bedarf, nicht aber, wenn der Schutz anderer Personen gegen Ausschreitungen des Geisteskranken, wenn die öffentliche Sicherheit die Unterbringung des Kranken in einer Anstalt erfordert. Bei einem Geisteskranken, der durch seine Krankheit nicht gehindert war, außerhalb der Anstalt seinen Unterhalt zu erwerben und nur im Interesse der öffentlichen Sicherheit in einer Anstalt untergebracht wird, liegt daher kein Akt der Armenpflege, sondern eine im sicherheitspolizeilichen Interesse gebotene Maßnahme vor. (Vgl. K r e c h - B a a t h, UWG. Anm. 32 zu § 28, Anm. 8 zu § 32 a UWG.; über die abweichende Auffassung des preußischen Oberverwaltungsgerichts vergl. K r e c h - B a a t h a. a. O. Fußnote ** auf S. 129 zu Anm. 32 § 28; ferner ausführlich die Schrift von Dr. H o f f a r t h, Die gemeingefährlichen Geisteskranken, im Verlage von Berger, Staßfurt.)

(Bundesamt für das Heimatwesen vom 20. September 1919, in Sachen des Landarmenverbandes des Regierungsbezirkes Wiesbaden wider den Landarmenverband des Kreises Mannheim.)

M i t t e i l u n g e n.

— **Reichsverband.** Aus Anlaß eines Sonderfalles bitten wir sämtliche Einzelverbände um eingehende Mitteilung, wie es mit den Fachvertretungen bei ihren Behörden steht. Insbesondere wäre es uns wichtig zu erfahren, 1. ob überhaupt eine Fachvertretung besteht, 2. in welcher Form dieselbe vorhanden ist, und 3. welche Erfahrungen bisher mit ihr gemacht wurden.

I. A.: Dr. H u s s e l s.

— **Zur neuen Besoldungreform.** Städtische Heil- und Pflegeanstalt D r e s d e n : Hilfsärzte in Gruppe 9. Anstaltsärzte in Gruppe 10, nach 4 Dienstjahren in Gruppe 11. Oberärzte in Gruppe 11. Leitende Ärzte in Gruppe 12 bzw. 11 (der leitende Arzt der Abteilung 1 in Gruppe 12, der der Abteilung 3 in Gruppe 11). Es wird angestrebt, im Sinne der Grundsätze des Reichsverbandes bei der Besoldungsreformrevision im Herbst die Einreihung der selbständigen und leitende Ärzte vertretenden Oberärzte in Klasse 12 zu erreichen.

Wert der Naturalbezüge für unverheiratete Ärzte: Beköstigung 3170 M, Wäschereinigung 520 M, Bedienung 1220 M, Heizung und Beleuchtung 500 M, Wohnung 440 bzw. 540 M. — Hierzu ist zu bemerken, daß der in Rechnung gestellte Betrag für die Bedienung unverhältnismäßig hoch ist.

Für Dienstwohnungen für Verheiratete wird eine Entschädigung berechnet, welche dem ortsüblichen Mietwert entsprechen soll. Rechtfertigen besondere Dienstleistungen des Dienstwohnungsinhabers außerhalb der Geschäftsstunden eine besondere Gegenleistung, so hat eine entsprechende Minderung der Mietentschädigung einzutreten.

Freie Heizung und Beleuchtung werden den Beamten (verheirateten) nicht mehr gewährt. Sie haben den tatsächlichen Wert zu erstatten.

Ärzten mit freier Station gegen Entgelt (s. o.) wird für jeden Tag des Erholungsurlaubs der 360. Teil des Wertes der Beköstigung und die Hälfte des Gesamtwertes der übrigen Naturalbezüge vergütet.

Das Wohnen außerhalb der Anstalt ist nur insoweit zu gestatten, als die dienstlichen Verhältnisse dies zulassen.

Referate.

— **Agraphie infolge von Zwangsvorstellungen.** Von D o n a t h. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 54.

Bei einer 44 jährigen, nicht belasteten Bäuerin trat literale und verbale Paragraphie ein, zu welcher eine heftige Gemütsbewegung und die damit einhergehende mangelhafte Konzentration der Aufmerksamkeit auf den Schreibakt den Anstoß gegeben hatte.

Das Zahlenschreiben war weniger, das Zeichnen gar nicht betroffen, Alexie bestand nie. Für Hysterie fanden sich keine Anhaltspunkte, anatomische Läsionen kamen als Ursache nicht in Frage. Kürbitz, Sonnenstein.

— **Die Objektivierung nervöser Beschwerden im** 'rieg. Von Kurt Singer, Berlin. Würzburger Ab-andlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Me-izin Bd. 16 H. 1.

Verf. bespricht seine in den ersten Kriegsjahren ge-immelten Erfahrungen über Simulation, Aggravation sw. und die Wege, die zur Entlarvung führen. Wirk-:he Simulation fand sich selten.

Kürbitz, Sonnenstein.

— **Die Blutdruckveränderung nach Adrenalininjek-nen als Gradmesser für den Tonus im autonomen und 'mpathischen Nervensystem** (Vagotonie und Sympa-ikotonie). Von Dr. Kurt Dresel. Aus der II. med. iiversitätsklinik der Charité in Berlin (Direktor: Ge-imrat Kraus). Deutsch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 35.

Zusammenfassung: „Durch die Injektion von 1 ccm iprareninlösung (Höchster Suprareninlösung) 1 : 1000 d anschließende Blutdruckmessung nach 5, 10, 15, 20 f. Minuten läßt sich ein klares Bild gewinnen über den mus im vegetativen Nervensystem. Der Beginn der irve der Blutdruckveränderungen nach Adrenalininjek-nen beim Normalen ist annähernd parabolisch, der im Vagotoniker S-förmig oder in den schweren Fällen gar zunächst negativ, der des Sympathikotonikers mell und steil ansteigend und ebenso abfallend."

Zur Ausführung des Adrenalinblutdruckversuchs ge-gt nach Dresel ein Riva-Rocci-Apparat; der Ver-:h ist sehr leicht selbst in der Sprechstunde zu chen; nach schon einer Viertel- bis halben Stunde :h der Injektion ist Klarheit über das Verhalten des getativen Nervensystems gewonnen. Schä-ungen hat D. von der Adrenalininjektion nicht ge-en.

Es scheint dringend nötig, an einem größeren Mate-von Geisteskranken derartige Unterschungen ustellen. B.

— **Die physiologischen Korrelate der Lust und Un-**. Von Hans Laehr. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 75 H. 4-5.

Die Empfindungen des aufbauenden Stoffwechsels l die der Lust, die des abbauenden solche der Unlust. mutlich ist der Sehhügel das Zentrum für den Stoff-:hsel und daher für diese Empfindungen. B.

Buchbesprechungen.

— Vischer, A. L., Basel, Zur Psychologie der **rgangszeit.** 79 S. Basel 1919, Kober, C. F. Spittlers hfolger.

Schildert an Hand von 21 kurzen Krankengeschich-die charakteristischen Züge der „Interniertenmentali-, wie er sie aus mehrfachen Unterhaltungen kennen rnt habe, und knüpft daran psychologische Erörte-:en über „cafard", Defaitismus usw. [Cafard ist die :ichnung der Franzosen für den Zustand des er-pften, zermürbten, neurotischen Soldaten (Huot et rend, „Le Cafard", Paris 1918).] Es muß der seeli-Ausheilungsprozeß angebahnt werden, da eine so große Zahl nervös heruntergekommener Menschen für die Wiederherstellung der politischen und sozialen Ordnung hemmend und störend wirkt. Der wahre Wirk-lichkeitssinn muß wiederbelebt werden. B.

— Többen, Prof. Dr. Heinrich, Münster, **Über Kriegsbeschädigungen bei Nerven- und Geisteskranken.** 107 S. Münster i. W. 1919, Aschendorffsche Buchhand-lung. 4,00 M.

Die vier Vorträge sind in Münster vor einem sehr gemischten Auditorium, Ärzten, Anwälten, Justiz- und Gefängnisbeamten im Auftrag des Ministeriums des Inne-ren gehalten worden. Es ist also ohne weiteres zu ver-muten, daß sie neue medizinische Entdeckungen nicht bringen werden; andererseits, wenn ein Fachmann von dem Rufe Többens öffentlich spricht, so wird man selbst als Spezialarzt seinen Ausführungen nicht ohne Nutzen folgen und mindestens manches finden, das zu denken gibt.

Der erste Vortrag behandelt in der Hauptsache die organischen Nervenkrankheiten und Gehirnverletzungen, wobei nur die Neurasthenie (zwischen Epilepsie und Neuritis) und die am Schlusse erwähnte Psychopathie etwas aus dem Rahmen fallen. Der zweite Vortrag gilt dann der Hysterie, mit besonderer Rücksicht auf das Neurotikerproblem und die Suggestivtherapie Kaufmanns und anderer. In der Streitfrage Oppenheim gegen Nonne und Gaupp wägt Többen sorgsam das Für und Wider ab, um sich schließlich, namentlich wegen der Erfahrungen an Kriegsgefangenen, doch gegen Oppenheim zu entscheiden. Zu erwähnen wäre wohl gewesen, daß doch auch die Gefangenenlager schließlich ihre Neurose, die sog. Stacheldrahtkrankheit, hervorgebracht haben. Als psychologisch bedeutsam mag man auch wohl vermerken, daß, je bedenklicher sich die Disziplin im Heere und zumal in der Heimat lockerte, die Neurotiker die sog. Kaufmannsche Behandlung mehr und mehr als Quälerei empfanden, von der Dankbarkeit der Geheilten wenig mehr erkennen ließen und nun vielfach auch den Arzt zu immer brutaleren Heilkunststücken veranlaßten. Als dann die Revolution ausbrach, waren die Zitterer plötzlich alle aus den Lazaretten verschwunden und fallen doch bis jetzt, sehr im Gegensatz zur Kriegszeit, im Straßenbild keineswegs mehr auf. Ich vermute aber, daß sie in den Kriegsbeschädigten-Bünden das große Wort führen werden.

Bei der Besprechung der Geisteskrankheiten verfährt T. eklektisch, ohne daß ich ihm ganz zu folgen vermöchte; bei einer Einteilung, wie z.B. a) Stimmungsanomalien, b) Verstandeskrankheiten, c) Jugendirresein, vermisse ich die leitenden Gesichtspunkte. In der Frage der Dienstbeschädigung bei Psychosen beurteile ich die Rechtslage — nicht, wie mich schon Gaupp mißverstanden hat, die Ätiologie als solche — anders als Többen und habe das seinerzeit in einem Artikel: Dementia praecox und Dienstbeschädigung (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. 1918 Bd. 41 S. 386) klargelegt. Ich vermag nicht einzusehen, nach welchen Grundsätzen man, wenn man in einigen Fällen für eine Dementia praecox exogene Ursachen gelten läßt, sie in anderen ausschließen will, insbesondere, da wir die eigentliche Ursache der Krankheit



nicht kennen; entwickelt sich das Leiden endogen, so dürfen wir auch z. B. ein Kopftrauma, einen Typhus oder ein Wochenbett nicht als Ursache anerkennen; diese aber auszuschließen, sind wir gar nicht in der Lage. Der Schlußvortrag gibt einige Anhalte für die straf- und zivilrechtliche Begutachtung, wobei Többen mit Recht die Kapitalabfindung an Stelle der kleinen Renten empfiehlt.

Inwiefern das Fehlen der Bewußtlosigkeit (S. 37) keine Hysterie auslösende Bedeutung haben soll, verstehe ich nicht; ich vermute einen Druckfehler für „Bewegungsfreiheit".
Hoppe, Rinteln.

— Freud, Prof. Dr., Über Psychoanalyse. 3. unveränderte Aufl. 62 S. Leipzig und Wien 1916, Franz Deuticke. 1,80 M.

In fünf Vorlesungen, die Verf. in der Clark University zu Worcester Mass. gehalten hat, gibt er eine kurze, zusammenfassende Übersicht seiner Lehre von der Psychoanalyse.
Kürbitz, Sonnenstein.

— Erlenmeyer, Geh. San.-Rat Dr. A., Erste Hilfe bei Geisteskranken. 181 S. Bonn 1919, Verlag Friedrich Cohen. 7,80 M.

Verf., der Leiter der bekannten Anstalten zu Bendorf bei Coblenz, wendet sich in diesem Buch besonders an den Hausarzt, dem er in fünf Vorträgen viele gute und praktische Ratschläge gibt sowohl für die Zeit vor der Einlieferung der Kranken, als auch während und nach der Anstaltsbehandlung.

In einem Punkte stimme ich allerdings mit Verf. nicht ganz überein: E. empfiehlt bei Sondenfütterung besonders den Weg durch den Mund mit Hilfe eines Keiles, ich füttere lieber in erster Linie durch die Nase, weil das Verfahren zwangloser ist.

Alles in allem ist aber das Buch fließend, klar und fesselnd geschrieben und kann ob seines reichen Inhalts nur warm empfohlen werden.
Kürbitz, Sonnenstein.

— Jung, Dr., Über Konflikte der kindlichen Seele. Sonderabdruck aus dem Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, II. Bd. 2. Aufl. 35 S. Leipzig und Wien, Verlag F. Deuticke. 1,25 M.

Bericht über ein vierjähriges Mädchen mit lebhafter Phantasie und regem Interesse für Sexuelles, das im Alter von 4 1/2 Jahren von den Eltern aufgeklärt wird und das — wie Verf. in einem Nachwort schildert — dadurch keineswegs geschädigt, sondern im Gegenteil eine Entlastung seiner Phantasie erhalten haben soll.
Kürbitz, Sonnenstein.

— Schlöß, Dr. H., Direktor a. D. der n.-ö. Landesanstalten „Am Steinhof" in Wien, Einführung in die Psychiatrie. 2., umgearbeitete u. vermehrte Aufl. 185 S. Freiburg i. Br. 1919, Herdersche Verlagsbuchhandlung. 8,50 M.

„An weite Kreise", besonders auch Theologen und Pädagogen, wendet sich Verf. in diesem Buch, das rasch die zweite Auflage erlebte. Mit Recht ist u. a. den Ano



malien des Kindesalters eine ausführliche Besprechung gewidmet; Ursache und Prophylaxe zu Seelenstörungen, Pflege der Geisteskranken und vieles andere findet eine klare, allgemeinverständliche Darstellung, dem Zweck des Buches entsprechend. Kürbitz, Sonnenstein.

— Fröbes, Joseph, S. J., Professor der Philosophie an der philosophisch-theologischen Lehranstalt zu Valkenburg, Lehrbuch der experimentellen Psychologie für höhere Schulen und zum Selbstunterricht. 1. Bd. 1. Abtlg. 198 S. Mit 25 Textfiguren und 1 farb. Tafel. Freiburg i. Br. 1915, Herdersche Verlagsbuchhandlung.

In der vorliegenden ersten Abteilung des ersten Bandes finden wir eine Behandlung der elementaren psychischen Prozesse, der sinnlichen Elemente, besonders der Empfindungen, der Vorstellungen und Wahrnehmungen.

Die Darstellung ist überall klar und präzise, Weitschweifigkeiten sind vermieden, auf die bisherige Literatur ist gebührend Rücksicht genommen.

Da für den Psychiater die Kenntnis der experimentellen Psychologie unbedingt notwendig ist für jede tiefer gehende wissenschaftliche Erklärung, so kann das Buch von Froebes nur warm empfohlen werden.

Kürbitz, Sonnenstein.

— Wiest, Anna, Stuttgart, Lazarettarbeiten. 120 Seiten. Mit 92 Textabbildungen und 3 Texttafeln. Stuttgart, Verlag Enke. 4,00 M.

Verf. gibt eine anschauliche Anleitung für die Beschäftigung Kranker und Genesender auf Grund ihrer Erfahrungen in Württembergischen Lazaretten; aus dem reichen Material dürfte auch manche Anregung für die Beschäftigung unserer Geisteskranken zu schöpfen sein.

Kürbitz, Sonnenstein.

— Lewandowsky, M., Praktische Neurologie für Ärzte. Dritte Auflage, herausgegeben von R. Hirschfeld. 373 S. Berlin 1919, J. Springer. Geb. 22 M.

H. hat einem letzten Wunsche Lewandowskys entsprechend die Herausgabe dieses trefflichen Buches übernommen. Unter Benutzung von L.s Schrift „Die Kriegsschäden des Nervensystems" konnte er gegenüber der zweiten, 1916 erschienenen Auflage die Kriegsneurosen ausgiebig im Sinne L.s behandeln. Eingefügt ist ein Abschnitt über den „Striären Symptomenkomplex" (Dystonia lenticularis — eine Störung im Tonus der Muskulatur bedingt durch Ausfallserscheinungen im Linsenkern); dazu gehören Athetose double, Torsionsspasmus, Pseudosklerose und progressive Lentikulardegeneration, eine Krankheitsgruppe, die wegen der dabei eintretenden Demenz auch den Psychiater interessiert.

Den Psychoneurosen und ihrer Begutachtung ist etwa ein Viertel des Buches gewidmet. Dabei sind zweckmäßig die vom wissenschaftlichen Senat der Kaiser-Wilhelm-Akademie herausgegebenen „Anhaltspunkte für die militärärztliche Begutachtung der Dienstbeschädigung bei den häufigsten nervösen Erkrankungen bei Heeresangehörigen" wiedergegeben.

Das Buch wird auch in der neuen Auflage seinen Zweck voll und ganz erfüllen. B.



Therapeutisches.

— **Methylenblausilber (Argochrom) als Antigonorrhoikum beim Weibe.** Von Dr. Robert Brandt und Dr. Fritz Mras. Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 30.

Argochrom hat stärkere Reizwirkungen als Collargol. Dagegen fehlen bei ihm meist stürmische Allgemeinerscheinungen, wie sie besonders nach den ersten Collargolinjektionen beobachtet werden. Jeden zweiten Tag 0,1 g Argochrom intravenös. Anfangs deutliche Zunahme der Sekretion, später Abnahme. Dementsprechend auffallende Ausschwemmung von förmlichen Gonokokkenrasen; beträchtliche Phagozytose. Von der vierten bis sechsten Injektion an bedeutende Verminderung der Gonokokkenausscheidung. Anzahl der Einspritzungen nicht über acht. Unter abschließender reiner Lokalbehandlung wurden die Fälle nach verschieden langer Zeit (bis zu acht Wochen) entlassungsreif. Die ausgewählten hartnäckigen Tripperformen erfuhren durch die Argochrombehandlung anscheinend eine Abkürzung.

Weiterhin rein lokale Behandlung mit Argochrom insbesondere bei Zervix- und Uterusgonorrhöe. Tägliche tropfenweise Instillation von 0,5 bis 2 ccm frisch bereiteter einprozentiger Argochromlösung mi[t] Tamponeinlage an die Portio. Die Tampons [...] zum nächsten Tage liegen. Sowohl der kli[nische Ver]lauf, als auch der mikroskopische Befund i[n den be]handelten 97 Fällen scheinen eine gewisse [...]heit der Behandlung wahrscheinlich zu mac[hen ...] erfolg nach ein bis drei Monaten gegenüber [...] lungsdauer von einem halben Jahre und meh[r ...] sonst üblichen Behandlung.

In einem Falle von Ulcus vulvae acutum [...]nierendem Ödem des ganzen Labiums und r[...]gredienter Gangrän durch zwei intravenöse Ar[gochrom]injektionen verblüffender Rückgang der Ersch[einungen] und tadellose Vernarbung. Saphiers un[d ...]buschs Erfolge mit Argochrom bei Bubonen [...] vollauf bestätigt werden.

— **Das Trional in der Behandlung der Epile[psie und] anderer Nervenkrankheiten.** Von San.-Rat Dr. B[...] Dir. der westpr. Heil- und Pflegeanstalt Conra[dstein] Pr.-Stargard. Ther. Monatshefte H. 2, 1. Janu[ar ...]

Zusammenfassend sagt B. nach seinen in [der An]stalt Conradstein an Epileptischen gemachten [Erfah]rungen:



1. Das Trional hat auf die Zahl der Krampfanfälle ileptischer im allgemeinen dieselbe Einwirkung wie Bromsalze. Beide vermindern die Zahl der Anfälle.

2. Durch Trional wird die Schwere der Krämpfe in Mehrzahl der Fälle stärker herabgesetzt als durch omsalze.

3. Die postepileptischen Dämmerzustände wurden ch Trionalbehandlung kürzer oder hörten ganz auf.

4. Die Mehrzahl der Kranken wurde nach Trional träglicher und ruhiger, als sie unter Brombehandg waren, sie konnten deshalb zur Beschäftigung herezogen werden.

5. In einer geringen Anzahl der Fälle konnte eine sserung des Geisteszustandes festgestellt werden.

6. Bei Beobachtung der notwendigen Vorsichtsmaßeln ist Trional längere Zeit ohne Nachteil für die nken gegeben worden.

7. Trional ist auch bei anderen Krankheiten, in denen eine erhöhte Reizbarkeit des Gehirns oder der Nerven besteht, von günstigem Erfolg.

Personalnachrichten.

— **Wuhlgarten,** Post Biesdorf b. Berlin. Am 26. Juli d. J. ist der hiesige Oberarzt Herr Sanitätsrat Dr. Karl Westphal verstorben. Neu eingetreten ist als Volontärarzt am 21. Juni d. J. Herr Dr. med. Arnim Fahrenbruch, geb. 16. Juli 1888 zu Münster i. Els.

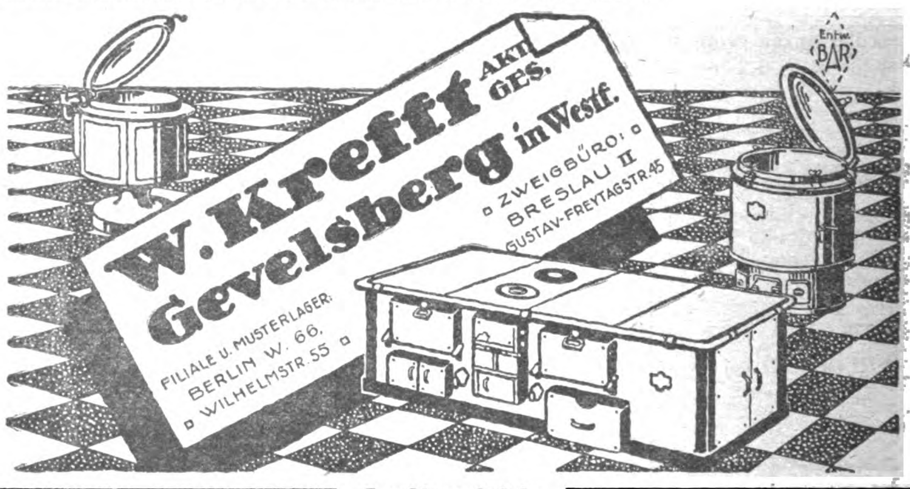
Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schriftleitung resp. den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.





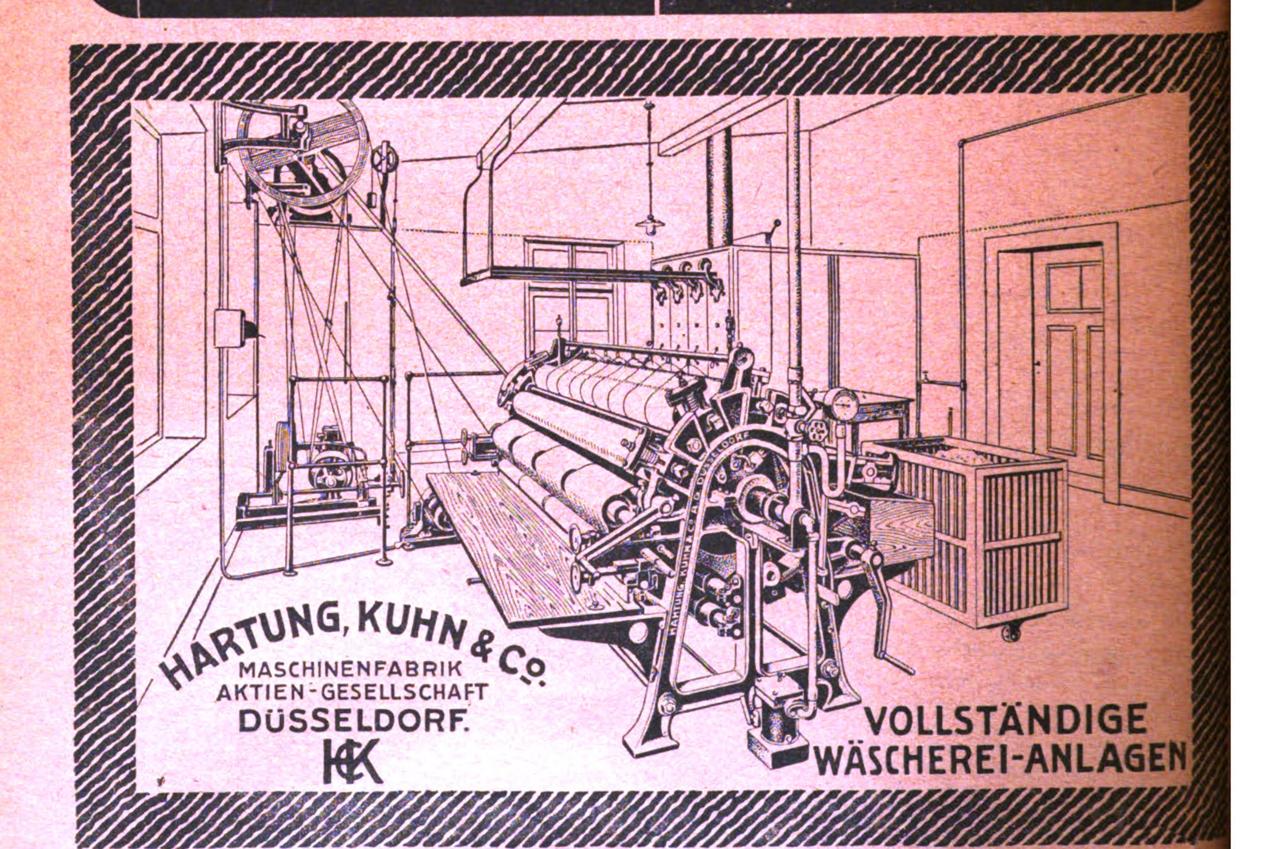
Lieferant für
Hotels u. Lazarette
Krankenhäuser
Garnisonverwaltg.
Kantinen
Grosse Kochtöpfe
1a Emaille, extr. schwer u. stark
bis zu 70 Liter Inhalt,
ferner sämtliche
Emaille-Geschirre
für Küche u. Haus
Paul Schwenkert
Dessau



W. Krefft AKT. GES.
Gevelsberg in Westf.
ZWEIGBÜRO: BRESLAU II GUSTAV-FREYTAGSTR. 45
FILIALE U. MUSTERLAGER: BERLIN W. 66, WILHELMSTR. 55

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



HARTUNG, KUHN & Co.
MASCHINENFABRIK
AKTIEN-GESELLSCHAFT
DÜSSELDORF.
HKC
VOLLSTÄNDIGE
WÄSCHEREI-ANLAGEN



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.
Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
. San.-Rat Prof. Dr. K. **Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. G. **Anton**, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer**, lerbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, San.-Rat Dr. **Deiters**, Düren, San.-Rat Dir. Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.- Dir. Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen l.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. **Lehmann**, theck, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. v. **Olah**, Budapest, Prof. Dr. A. **Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. H. **Schlöß** en, Geh. Rat Prof. Dr. E. **Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, uer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing b. München, Prof. Dr. H. **Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. L. W. **Weber**, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et phil. W. **Weygandt**, Hamburg.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

r. 25/26. — 25. September — **1920/21.**

Bezugspreis: 6,— für das Vierteljahr; die nnementspreise für das Ausd werden nach der vom Deutsen Buchhandel vorgeschrieen Verkaufsordnung für das sland berechnet. Zu beziehen ch jed. Buchhandlung, d. Post mittelbar vom Verlage. Ereint bis auf weiteres vierntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Zur Hundertjahrfeier der Provinzialheilanstalt Schleswig (Stadtfeld).

Von Dr. **F. Kroemer.**[1])

1. Oktober 1920 sind es 100 Jahre her, daß das Männerhaupthaus in der Anstalt Schlesröffnet und in Betrieb genommen wurde. Der Esquirols Angaben entworfene Bauplan schon am 30. August 1817 vom dänischen Frederik VI. gutgeheißen worden. Nach uirols eigener Äußerung haben seine Ideen den Bau von Irrenanstalten hier in Schleswig t Verwirklichung gefunden. Zur Führung der aufsicht wurde der Anstalt am 5. September eine dreigliedrige Direktion vorgesetzt, bend aus dem Etatsrat Physikus Dr. Suadicani, rat Krichauff und Kammerrat Feldmann. Der dirigierende Arzt der Anstalt war Professor . W. Jessen, ein Mann von bedeutenden nschaftlichen Fähigkeiten, wie seine zahlreimedizinischen Werke und Abhandlungen ben. Er war ein hervorragender Psychiater, der hier am 1. Oktober 1820 seine bedeutungsvolle psychiatrische Laufbahn begann und 25 Jahre an der Anstalt wirkte. Der Verfasser des summarischen Berichtes nach 50 jährigem Bestehen der Anstalt sagt: „Die Anerkennung, welche Jessens Verdienste um die Psychiatrie allgemein gefunden haben, berechtigt die Anstalt, für alle Zeiten den Ruhm für sich in Anspruch zu nehmen, daß sie durch ihren ersten Arzt eine Pflanzschule der Psychiatrie als Kunst und Wissenschaft gewesen ist." Jessen war es auch, der 1846 die Gründung des Deutschen Vereins für Psychiatrie als erster angeregt hat. — Aus Anlaß von Meinungsverschiedenheiten mit der dreigliedrigen Direktion nahm er schließlich seinen Abgang aus der Anstalt, um die Privatanstalt Hornheim bei Kiel ins Leben zu rufen, die er bis zu seinem 1875 erfolgten Tode leitete, und von der aus er Vorlesungen in der Kieler Universität gehalten hat.

Sein Nachfolger war Dr. J. Rüppell, angestellt im Jahre 1832, der im Jahre 1870 in seinem summarischen Bericht über die Anstalt, den Zeit-

[1]) Es erscheint eine ausführliche Festschrift von Dr. Kirchhoff und Sanitätsrat Direktor Dr. elstein.



raum von 1820 bis 1870 umfassend, einen geschichtlichen und baulichen Überblick mit den gemachten Erfahrungen gab. Zu seiner Zeit erfuhr die Anstalt die ersten bedeutenden Erweiterungen. Das neuerdings von Jakstein als klassische Schöpfung gepriesene ursprüngliche Männerhaupthaus war nicht für lange Zeit der einzige Bau geblieben. Schon 1834 war nach Angaben von Jessen das ebenfalls noch heute stehende Männernebenhaus entstanden, dessen Bau von derselben sachkundigen Seite auch große Anerkennung gezollt wird. 1847 wurde nach Angaben von Rüppell das erste Frauenhaus erbaut, das heute noch vorwiegend zur Unterbringung der ruhigen Damen I. und II. Klasse dient. Es folgte dann der Bau des sehr umfangreichen Frauennebenhauses, eines im Viereck erbauten Komplexes, der einen größeren Hof in sich schließt und mit seiner angegliederten Kapelle einen klosterartigen Eindruck macht. Das Haus war zunächst vorwiegend für störende weibliche Kranke gedacht, ist aber seit Jahren durch zweckentsprechendere Neubauten entlastet worden. Der im Jahre 1866 begonnene Bau dieses Hauses ging erst 1886 seiner Vollendung entgegen. Inzwischen war 1853 das Ökonomiehaus entstanden, das hauptsächlich 1912 durch Einbau einer modernen geräumigen Kochküche eine wesentliche Umänderung erfuhr, ferner 1863 das Waschhaus, das 1901 und 1917 durch Feuer teilweise zerstört wurde und in seiner neuen Gestaltung den neuzeitlichen Anforderungen entspricht. —

Die Krankenzahl war in den ersten 50 Jahren auf 702 gestiegen, von denen in der Folgezeit allein weit über 200 weibliche Kranke im Frauennebenhaus mit seinen 27 nebeneinanderliegenden, seit Jahren beseitigten Zellen Unterkunft fanden. —

1879 entstand die sog. Männernebenanstalt, etwa 5 Minuten von der Hauptanstalt entfernt gelegen, die ursprünglich mit eigener Koch- und Waschküche versehen war und noch in den ersten Kriegsjahren einen bedeutenden Umbau erfuhr durch Aufsetzung eines Stockwerkes. Da sie nach dem Kriege infolge des bedeutenden Rückgangs der Krankenzahl leer stand, wurde sie im vorigen Jahre als Lungenheilstätte für geistig Gesunde in Benutzung genommen.

Rüppell folgte als Direktor 1880 P. Hansen, nachdem dieser schon 16 Jahre als Arzt an der Anstalt tätig gewesen war. Er ist etwa bis zur Jahrhundertwende noch unter einer sog. provinzialständischen Kommission tätig gewesen, die als Fortsetzung der früheren dänischen Direktion die Verwaltung der Anstalt geleitet hatte. Es wäre ein zu weit führendes Beginnen, die in großer Zahl nun folgenden Neubauten, Umbauten, sich der modernen Zeit anpassenden Verbesserungen, die sich rasch folgten, alle anführen zu wollen. 1881 wurden die ersten Neubauten für Wärterwohnungen in Angriff genommen, die jetzt die Zahl 44 erreicht haben. 1895 entstanden zwei nach Altscherbitzer Muster errichtete Aufnahmehäuser für ruhige Kranke, je eins für die Männer- und für die Frauenseite, die auch jetzt noch diesen Zweck erfüllen. Die Anfang der achtziger Jahre eingeführte Gasbeleuchtung hat 1912 der elektrischen Platz gemacht.

Bis zum Jahre 1893 ist Schleswig die einzige Anstalt der Provinz gewesen. In diesem Jahre wurden die ersten Gebäude der jetzt hervorragend ausgebauten Anstalt in Neustadt in Holstein, die damals zunächst als Pflegeanstalt gedacht war, eröffnet. Es folgte im Jahre 1901 die Einrichtung der psychiatrischen Klinik in Kiel. Die Zahl der gewalttätigen und gemeingefährlichen verbrecherischen Kranken hatte sich im Laufe der Jahre mehr und mehr gehäuft, weshalb 1905 zur Errichtung eines festen Hauses für geisteskranke Verbrecher in Neustadt geschritten wurde, wodurch eine wesentliche Entlastung der Anstalt in Schleswig herbeigeführt werden konnte.

Der äußerliche Anblick der Schleswiger Anstalt hat sich besonders in den letzten 50 Jahren nicht nur infolge der hinzugekommenen zahlreichen Neubauten verändert. Durch Einrichtung umfangreicher Garten- und Parkanlagen bei freier Lage ohne geschlossene Einfriedigung wurde versucht, dem Anstaltsterrain das Gepräge einer neuzeitlichen Villenkolonie zu geben, was zum großen Teil in glücklicher Weise gelungen ist. Das Areal der Anstalt beträgt jetzt 140 ha, wovon 110 ha dem landwirtschaftlichen Gebiet zufallen.

Nach dem 1902 eingetretenen Tode von Direktor Hansen folgte ihm der damalige Direktor der Neustädter Anstalt, Prof. Dr. Th. Kirchhoff. Bereits in früheren Jahren hatte er der Schleswiger Anstalt als Arzt angehört und sich besondere Verdienste um die Beseitigung der alten Zellenbehandlung erworben. Eine bedeutende wissenschaftliche Kraft übernahm in ihm die Leitung der Anstalt. Schon vor Antritt der Stelle hatte er an der Kieler Universität Jahre hindurch mit Erfolg lehrend gewirkt und sich allseitige wissenschaftliche Anerkennung in der Psychiatrie erworben. Zahlreiche bedeutsame Werke und Abhandlungen sind aus seiner gewandten Feder hervorgegangen. Daneben wußte er den modernen Fortschritten in der Psychiatrie praktisch gerecht zu werden, wovon weitere neuzeitliche Bauten auf dem Anstaltsgebiet bereits

:eugnis ablegen. Unter seiner Führung entstanden u. a. noch in den letzten Jahren große moderne 'rauenhäuser, die durch ihre innere Einrichtung zu en schönsten der Anstalt gehören. Eins davon :ar während des Krieges mit etwa 200 Betten als :eservelazarett eingerichtet und wurde als solches on Ärzten der Anstalt versorgt. Der Ausbau der Värterwohnhäuser wurde weiter gefördert, es entanden dank dem behördlichen Entgegenkommen ie erforderlichen Einzelwohnhäuser für Ärzte, der indwirtschaftliche Betrieb erfuhr größere Ausdehung, die freie Behandlung wurde möglichst ausgeehnt. Wenn die Beschäftigungstherapie nicht nmer auf der Höhe gehalten werden konnte, so :t das vorwiegend auf die Absorption von Kranen durch die in der Umgebung von Schleswig egenden sechs Privatanstalten zurückzuführen, ie zum größten Teil mit Provinzialkranken ver:hen werden und dort in der Mehrzahl der Fälle ald zu geschätzten Hilfskräften in der Landwirt:haft heranreifen.

Am 1. Oktober 1919 verließ Kirchhoff die nstalt, um sich weiteren privaten Studien mehr 'idmen zu können. Sein Nachfolger ist Sanitätsat Dr. Dabelstein, der seit 1902 bereits Direk›r der Neustädter Anstalt gewesen ist.

Die Anstalt Schleswig ist jetzt für 1400 Betten ngerichtet. Abzuziehen sind hiervon zurzeit ein eueres großes Frauenhaus, das während des Krie:s als Lazarett diente und jetzt zu anderen Zwecken an die Stadt vermietet ist. Ferner die Männernebenanstalt, die als Lungenheilstätte dient. Die Zahl der verfügbaren Plätze beträgt jetzt daher ungefähr 1000. Der kurz vor dem Kriege bestehende Gedanke an den Neubau einer dritten Provinzialanstalt für Geisteskranke kommt vorläufig nicht mehr in Frage.

In den 100 Jahren sind im ganzen 32 Ärzte an der Anstalt tätig gewesen, von denen zurzeit sieben den ärztlichen Dienst versehen. Wie überall, so hat auch in hiesiger Anstalt der Krieg seine schädigenden Wirkungen hinterlassen. Bei den bekannten Schwierigkeiten bedarf es umsichtiger Tatkraft, die Anstalt auf bisheriger Höhe zu erhalten, um sie modernen gleichartigen Instituten an die Seite stellen zu können. Die notwendigen Reparaturen häufen sich in einer Anstalt mit einhundertjähriger Geschichte mehr als in einer in den letzten Jahren einheitlich und planmäßig von vornherein entstandenen. Erhebliche Kostenerhöhungen sind notwendig, allein schon verursacht durch Sinken des Krankenbestandes wie durch die Vermehrung des Personals. Trotzdem sollen die Hoffnungen für weitere gedeihliche Zukunft der Anstalt, deren weitere Ausgestaltung und zeitgemäße Entwicklung eine Menge von hoffentlich recht fruchtbringender Arbeit für alle in sich birgt, nicht niedriger eingestellt sein, als sie es vor 100 Jahren waren.

Frischauf ins zweite Jahrhundert!

Die Ärztefrage in den Irrenanstalten.

Von Primarius Dr. **Edmund Holub**, Wien, Am Steinhof.

Die Ärztefrage in den Irrenanstalten ist noch immer ungelöst, obwohl sie nachgerade zu ner brennenden geworden ist. Solange die neuen nstalten wie die Pilze aus der Erde schossen, und ıan über einen mäßigen Belagraum nicht hinausing, lagen die Verhältnisse für den Irrenarzt nicht ngünstig. Jeder Kollege konnte darauf rechnen, ıch einer gewissen Reihe von Jahren in einen :lbständigen Posten vorzurücken und Direktor zu 'erden. In dieser Stellung fand er jene Befriediıng, welche strebsamen Menschen als Lebensziel ›rschwebt: seinen Fähigkeiten entsprechend zu 'irken und sich beruflich auszuleben. Dieser relav befriedigende Zustand hat sich in den letzten ezennien wesentlich verschlechtert. Insbeson:ere durch den Bau großer und übergroßer An:alten. Was früher einer Mehrzahl Gelegenheit ›t, selbständig und daher mit Lust zu schaffen, das bleibt nunmehr einigen wenigen vom Glück Begünstigteren vorbehalten. Eine kleine Minderheit kann sich noch einiger — in kleineren Anstalten meist scheinbarer — Selbständigkeit als „Abteilungsvorstand" (Primarius, Oberarzt) erfreuen, die weitaus größere Mehrzahl aber hat seither keine anderen Aussichten, als zeitlebens oder bestenfalls bis knapp vor dem Dienstende in „subalterner" Dienstverwendung zu verharren.

Was das bedeutet, sei an dieser Stelle ausdrücklich betont. Das heißt nämlich, nach 20- und mehrjähriger Dienst- und Verdienstzeit genau dieselben Rechte genießen wie am Tage des Eintrittes, als Alterfahrener instruktionsgemäß mit dem eben angestellten Neuling auf genau derselben Verwendungsstufe stehen, mit grauen Haaren in jeder Kleinigkeit abhängig sein vom vielleicht

wenig älteren, aber vom Geschick bevorzugten Abteilungsvorstande. Das heißt ferner, nach Jahrzehnten wochein wochaus jeden zweiten oder dritten Tag „subalterndienstlichen" Dienst verrichten, als hoher Vierziger oder Fünfziger bei Nacht und Nebel anläßlich jeder Aufnahme eines betrunkenen Alkoholikers aufstehen, in einem Alter, wo der Körper widerstandsunfähiger und ruhebedürftiger wird, in Regen und Schnee die zerstreuten Pavillons abstapfen usw.

Kaum in einer anderen Beamtenkategorie herrschen ähnliche triste Zustände. Der Konzeptler, der Rechnungs-Kanzlei- oder Hilfsbeamte rückt gewöhnlich nicht nur im Gehalte vorwärts, er darf auch mit zunehmenden Dienstjahren auf einen größeren Wirkungskreis und vermehrte Machtbefugnis hoffen. Das müßte schon ein völlig unfähiger Kopf sein, der nicht nach einem Dutzend oder mehr Jährchen als Vorstand oder wenigstens als „Höherer" über jüngere Kräfte zu schalten hätte. Nur dem Anstaltsarzte winkt heute keine solche Hoffnung. Ja, seine Aussichten, schon vor dem Kriege triste genug, sind jetzt nach dem Zusammenbruche noch trostlosere geworden: an die Errichtung neuer Anstalten kann nämlich unter den bestehenden Verhältnissen auf lange hinaus nicht gedacht werden. Damit ist fast jede Aussicht auf Beförderung abgeschnitten. So ist es denn nicht zu verwundern, wenn sich allenthalben unter den Anstaltskollegen Mißmut breit macht, Unzufriedenheit mit ihrer dienstlichen Stellung laut wird und um Abhilfe schreit. Ihre Klagen sind — das kann kein Wissender bestreiten — vollkommen gerechtfertigt und die sich daraus ergebende Dienstesverdrossenheit muß sich immer mehr zum Schaden der Anstalten und ihrer Pflegeempfohlenen geltend machen. Diese Mißstimmung ist schon vor Jahren im deutschen Reiche offenkundig zum Ausdruck gekommen. Im „Deutschen Verein für Psychiatrie" kam nämlich die Angelegenheit schon 1907 zur Sprache und im Januar 1908 beschäftigte sich sogar die „Kommission zur Wahrung der Standesinteressen" mit der Frage. Zahlreiche im 9. und 10. Jahrgange der Breslerschen Zeitschrift erschienene Artikel und Zuschriften beweisen das allgemeine Interesse der Kollegenschaft. Aber, trotzdem die Berge mächtig kreißten, heraus kam nichts. Die Direktoren einerseits stellten sich in ihrer Mehrzahl gegen die Wünsche der jüngeren Ärzte und beriefen sich gegenüber der Schmälerung ihres Einflusses auf die beliebte „alleinige Verantwortung", die sie zu tragen hätten. Die Jüngeren wiederum verlangten vielfach Unmögliches. So, wenn z. B. einer meint, die Oberärzte sollten dreijährlich abwechselnd die Direktion führen usw. Wenn schließlich eine Abhilfe in der Vermehrung der Oberärzteposten (Primarärzte, Abteilungsvorstände) vorgeschlagen wurde, so kann darin nur eine Verschiebung des Problems, ganz und gar aber nicht dessen Lösung erblickt werden. Damit wäre nämlich zwar einigen wenigen gedient, nicht aber der Mehrheit. Um diese aber handelt es sich gerade. Auf dem Wege materieller Kompensationen läßt sich die Frage überhaupt nicht bereinigen. In Niederösterreich hat man vor einigen Monaten alle Ärzte nach 1[illegible] Dienstjahren in die Bezüge der Primarärzte (Abteilungsvorstände) vorrücken lassen. Obwohl dadurch ihre finanzielle Gleichstellung mit letzteren vollzogen ist — wogegen sich vielleicht auch Einwände erheben ließen —, hat diese Maßregel in praxi die Kollegen doch nicht befriedigt. Begreiflicherweise: der Mensch lebt nämlich nun einmal nicht allein vom Brote! Diese weiterbestehende Unzufriedenheit ist ein deutlicher Beweis für die oben betonte Ansicht, daß mit materiellen Mitteln allein der bestehende Übelstand nicht zu beseitigen ist, solange die dienstliche Unselbständigkeit unvermindert bleibt. Wie ließe sich das nun ändern? M. E. bei dem jetzigen System der beamteten Anstaltsärzte überhaupt nicht in einer allen genehmen Weise. Man könnte höchstens daran denken, den älteren Kollegen (etwa nach dem zehnten Dienstjahre) einige Pavillons in ärztlicher Hinsicht ganz selbständig führen zu lassen. Um die Klippe des Abteilungsvorstandes wird man aber auch so nicht hinwegkommen. Schon deshalb nicht, weil jemand da sein muß, der bei Transferierungen von einem Pavillon auf den anderen das letzte Wort zu sprechen berufen ist. Überließe man jedem einzelnen das Recht, Übersetzungen vorzunehmen, so würde das — wie jeder Erfahrene weiß — sehr bald zu Reibereien und Unzukömmlichkeiten führen. Der Direktor einer größeren Anstalt ist außerstande zu entscheiden, weil er die Kranken selbst nicht kennt und außerdem nicht Zeit hat, sich mit solchen Nichtigkeiten, welche aber in den Anstalten Wichtigkeiten sind, zu befassen. Pflegerdisziplin, Entlassungen usw. müssen endlich auch einheitlich gehandhabt werden usw. So hat also auch dieser Vorschlag seine Schattenseiten, obwohl er von Haus aus nicht einmal eine wirkliche Lösung bedeutet.

Je mehr man sich also mit der Frage befaßt, um so schwieriger erscheint sie. Ich habe nun in einer bisher unveröffentlichten größeren kritischen Studie über den derzeitigen Stand und die Zukunft unserer Irrenfürsorge auch die Ärztefrage behandelt. Allerdings in Verbindung mit einer Re[illegible]



nierung des Anstaltswesens überhaupt. Immer-, glaube ich, ließe sich mein Vorschlag auch bei gegenwärtigen Lage erwägen. Er geht von Tatsache aus, daß die Amtsärzte praktisch von Psychiatrie wenig, von der Anstaltspsychiatrie r fast gar nichts wissen bzw. wissen können. s ist um so bedauerlicher, da gerade sie berufen d. der Bevölkerung kleiner Städte und des chen Landes, wo Spezialisten fehlen, mit Rat und an die Hand zu gehen, über die Anstaltsbedürf-keit eines Kranken zu entscheiden, bei der Irren-sorge außerhalb der Anstalt mitzuwirken usw. ire es nun nicht möglich, diesem Übelstande da-ch abzuhelfen, daß man die Physikatskandida-verpflichtete, sich ein Jahr lang die nötigen intnisse durch praktischen Anstaltsdienst zu er-rben? Gewährung von freier Station, ev. eines sprechenden Adjutums würde die jungen Ärzte ht in den Stand setzen, dieser Anforderung nach-ommen. Damit wäre mit einer Maßregel meh-es erreicht: Die Allgemeinheit erhielte in psy-atricis bewanderte Berater, die Anstalten eine he junger, strebsamer, sich noch leicht unter-nender Ärzte, die Provinzen müßten nicht so le Ärzte in pensionsberechtigten Lebensstel-gen mit steigendem Gehalte ernennen und die „Ärztefrage" wäre in unserem Sinne gelöst. Man wird vielleicht einwenden, es sei mißlich, in so kurzen Zeitintervallen immer wieder unerfahrene Neulinge in den Dienst zu stellen. Dieser Einwurf scheint kaum berechtigt. Man muß daran erinnern, daß auch in den anderen Krankenhäusern die Ärzte ständig fluktuieren, sowie, daß auch in den Irren-anstalten die Neueintretenden nach kürzester Frist allein den Dienst versehen. Um die Diagnose zu stellen, den Heilplan festzulegen und andere wichtige Entscheidungen zu treffen, ist eben der Primararzt und dessen Stellvertreter da, welche fest anzustellen wären. Genau so wie auf Abteilungen für somatisch Kranke. Injektionen zu machen, in dringenden Notfällen zu intervenieren usw. ist auch der psychiatrisch weniger Erfahrene sicherlich imstande.

Freilich ist damit für die bereits angestellten jüngeren Kollegen noch immer nichts getan. Diese Frage steht nach wie vor offen.

Mit Wechseln auf die Zukunft anderer ist wenig gewonnen. Immerhin, wenn bei sich ergebenden Vakanzen der angeführte Weg beschritten würde, wäre das eine erreicht, daß die Zahl der Unzufriedenen nicht dauernd erhalten bliebe.

Aus der forensischen Praxis der Kriegszeit.

Von Dr. **Alexander Pilcz**, Wien.

Traumatische Epilepsie. — Affektdelikte. — n pathologischer Affekt oder epileptischer Dämmerzustand.

I. Ergebnis aus den Akten.

Inkulpat. 1882 geboren, Hauptmann R. L., ist erblich t belastet, für Potus und Lues kein Anhaltspunkt. ! durch Sturz vom Pferde schweres Schädeltrauma Bewußtlosigkeit: seither „Ohnmachtsanfälle", später sisch epileptische Anfälle. Erfolgte Superarbitrie-g wurde über Drängen um Reaktivierung gelegentlich Kriegsausbruches reassumiert.

1909, also vor dem erwähnten Unfalle, Zimmerarrest-fe wegen Mißhandlung des Dieners. Die Qualifika-sliste, die im allgemeinen dem R. L. ein sehr gutes gnis ausstellt, spricht immerhin schon 1909 von dessen ır temperamentvollem Wesen". Von allen Kamera-und Vorgesetzten wird sein Jähzorn erwähnt. Der ppenarzt Dr. D. bezeichnet ihn als „chronischen la-en Epileptiker". Ein Zeugnis des Professors M. ildert den Inkulpaten als hochgradig reizbar und rasthenisch; am Schädel links vorne eine klopfempfliche Stelle, der rechte Mundwinkel schwächer innerviert, Sensibilität im Bereiche der rechten Gesichtshälfte herabgesetzt, r. BDR. schwächer. Verdacht auf Geschwulst im linken Stirnhirnlappen. (Dieses 1915 ausgestellte Zeugnis war ohne Kenntnis der Aktenlage ausgefolgt worden.)

Gegen den Beschuldigten wurde am 15. April 1916 die Anklage wegen einer Reihe von Soldatenmißhandlungen erhoben: Bei den verschiedenen Vernehmungen trachtete der Angeklagte stets, in folgerichtiger, dialektisch ziemlich gewandter Weise die einzelnen Anklagepunkte zu widerlegen, bzw. die Fakten zu beschönigen und zu motivieren. Er wies auf Kriegs- und dienstliche Verhältnisse hin, erwähnte nur nebenbei seine gesundheitlichen Zustände.

Das Garnisonspital zu P. hatte am [illegible]. April 1916 ein Gutachten erstattet, das sich mit der Frage der Diensttauglichkeit beschäftigte. Es wird am Schädel eine etwa ein Kronenstück große Delle, 5 cm links von der Pfeilnaht, gegen die Haargrenze zu, konstatiert, deren Betasten schmerzhafte Sensationen hervorruft. Leichte linksseitige Ptosis. Psychischerseits Reizbarkeit, hastigfahriges Wesen. Unter Rücksicht auf Vorakten (Inkulpat hatte gerade am 1. April desselben Jahres wieder



einen schweren Anfall gehabt, der militärärztlich beobachtet worden war) wurde die Diagnose auf Epilepsie gestellt und R. L. neuerdings als invalid superarbitriert.

Dasselbe Spital hatte sich nun am 2. Mai 1916 mit der Frage der Zurechnungsfähigkeit zu befassen. Es käme die gesteigerte Reizbarkeit des Epileptikers als mildernder Umstand in Betracht; ein epileptischer Dämmerzustand oder pathologischer Affekt dagegen habe nicht vorgelegen.

Das Ermittlungsverfahren zog sich aus äußeren Gründen in die Länge, so daß es erst April 1917 zur Hauptverhandlung kam. Wieder zeigte der Beklagte für die angeschuldigten Fakten gute Erinnerung, verantwortete sich, wie bei seinen früheren Vernehmungen. Die Sachverständigen, DDr. M und W., erklärten den R. L. für einen konstitutionellen Neurastheniker, der außerdem an wahrscheinlich durch den Unfall erzeugter Epilepsie leide; eine Geistesstörung lasse sich nicht nachweisen. Die außerordentliche Reizbarkeit lasse es möglich erscheinen, daß sie zeitweise die Höhe eines pathologischen Affektes erreichen könne. Über detailliertes Befragen ergänzt der Sachverständige Dr. W. sein Gutachten dahin, daß die Annahme einer Sinnesverwirrung zwar nicht bewiesen, ebensowenig aber ausgeschlossen werden könne, während der Sachverständige Dr. M. eine solche für ein bestimmtes Faktum (Mißhandlung während eines Marschtages) annimmt, für die übrigen Fakten als mindestens nicht ausgeschlossen erachtet.

Der Militäranwalt beantragte nun Einholung eines Gutachtens des Militärsanitätskomitees.

2. Ergebnis der persönlichen Exploration.

Der Beschuldigte erwies sich orientiert, von gleichmäßiger, situationsgemäßer Stimmungslage, ohne Intelligenzdefekte, von prompter Auffassung, präziser Ausdrucksweise, keineswegs in seinem Gedankenablaufe irgendwie verlangsamt, keineswegs von auffallender Weitschweifigkeit oder Umständlichkeit.

Die Vorgeschichte ergänzt er noch dahin, daß er als Kind nicht an Fraisen gelitten hatte, mit sieben Jahren Typhus durchgemacht. Die Augenmuskellähmung datiere erst seit dem Unfalle. Etwa anderthalb Monate nach demselben der erste „Ohnmachtsanfall". Die Anfälle werden als typische geschildert; zuweilen bleibe es bei einer „Mahnung", wie sie auch den schweren Krampfattacken immer vorausgehe, so daß er das Herannahen einer solchen erkennt; die Aura schildert Inkulpat als ein eigentümliches Gefühl, als hätte er die jeweilige Situation schon einmal erlebt; gleichzeitig höre er in ganz stereotyper Weise eine Art Singstimme. Daß über kurz oder lang ein Anfall bevorstehe, merke er auch an seiner steigenden Reizbarkeit. Unmittelbar nach dem Anfalle fühle er eine eigentümlich behagliche allgemeine Entspannung. Persistieren von Halbseitenerscheinungen nach einem Anfalle habe er nie beobachtet. Er leide außerdem an Kopfschmerzen, namentlich nach Aufregungen, aber ohne Erbrechen, ohne Sehstörungen. In der r. o. E. merke er seit der letzten Zeit dauernd eine abnorm rasche Ermüdbarkeit.

Inkulpat gibt zu, daß er von jeher leicht aufbrausend war.

Um seine inkriminierten Handlungen befragt, schildert der Angeklagte zunächst die desolaten Zustände, in welchen er sein Marschbataillon übernommen hatte, seine vorausgegangene Überanstrengung, seine Familiensorgen, da seine Frau, als er ins Feld zog, ihrer Entbindung entgegensah. Bei der Truppe herrschte keine Disziplin, an den Subalternoffizieren fand er keine Unterstützung. Die italienischen Mannschaftspersonen marodierten, waren faul, nachlässig; die Deutschtiroler hatten zwar diese Fehler nicht, dagegen exzedierten sie maßlos in Alkohol. Zu alledem kam sein nervös überreizter Zustand. Er negiert auf das strikteste, irgend eines der Delikte in alkoholisiertem Zustande begangen zu haben, zeigt überhaupt keinerlei Aggravationstendenz. Für jedes Faktum gute Erinnerung, nur trachtet er, gewisse Einzelheiten anders darzustellen, als sie aus den Akten, d. h. den Zeugenaussagen, hervorgehen.

Bei einer anderen Unterredung dasselbe Bild. Inkulpat meint übrigens selbst, daß seither soviel Zeit verflossen sei und er so oft über diese Dinge befragt würde, daß er weder alle Einzelheiten im Kopfe haben könne, noch mit voller Sicherheit jetzt auseinanderhalten könne, was er wirklich aus eigener Erinnerung wisse, was er erst nachträglich sich kombiniert, was endlich er erst durch Vorhalt der Zeugenaussagen in Erfahrung gebracht habe. Ein scharf umrissener Erinnerungsdefekt läßt sich auch heute nicht nachweisen. Er stellt nur gewisse Anklagepunkte anders dar, als in der Anklageschrift sie niedergelegt sind, jedoch für die betreffende Situation selbst und die Vorgänge gute Erinnerung. Bezüglich des Faktums des Niederreitens (der Sachverständige Dr. M. hatte gerade für diesen Marschtag volle Amnesie und pathologischen Affekt angenommen) betont Beschuldigter ausdrücklichst, es sei nicht so, daß er sich nicht darauf erinnern könne, sondern es sei vielmehr in der ganzen Situation nach nicht möglich gewesen, daß er durch Anreiten den Mann hätte in Gefahr bringen können abzustürzen. Dagegen habe er nicht einmal, sondern öfters den marodierenden Nachzüglern gedroht: „Vorwärts, sonst reite ich euch nieder!" Daß er eine Flasche einem Soldaten hingeschleudert habe, ist richtig; er erinnert sich aber genau, wie er die Flasche zuerst visitiert, dann, trotz Verbotes, darin Wein entdeckt und denselben zuerst ausgeschüttet habe. In dieser mehr minder detaillierten Weise erörtert Inkulpat alle die einzelnen Anklagefakten.

Schließlich betont der Beschuldigte wieder seine damalige besondere Nervosität; übrigens habe er auch mit seiner Frau infolge seiner Heftigkeit manchmal häßliche Szenen gehabt; er gibt auch zu, daß er zuweilen seine Kinder prügelte, „jedoch ohne böse Absicht", daß er einmal das Kindermädchen wegen einer groben Fahrlässigkeit geohrfeigt hatte usw. Während seiner ganzen Dienstzeit übrigens kein Duell oder eine Kontrahage



Die körperliche Untersuchung ergibt keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen einer Gehirngeschwulst. Linksseitige Ptosis, leichte Innervationsschwäche im rechten Fazialis von zentralem Typus. An der Zunge eine Bißnarbe zu sehen. An den Sehnen- und Hautstrichreflexen heute keine Differenz, kein Babinski. Geringe Ungeschicklichkeit der rechten Hand im Vergleiche zur linken. Geringe Klopfempfindlichkeit der linken Stirn-Scheitelbeingegend. Knochendepression, wie im Gutachten des Garnisonspitals zu P. geschildert, Druck darauf wird als unangenehm geschildert.

3. Gutachten.

R. L., ein von Haus aus reizbares, zähzorniges Individuum, leidet der Aktenlage nach zweifellos seit einem 1912 erlittenen Unfalle an in relativ längeren Intervallen auftretenden epileptischen Anfällen.

Die klinische Erfahrung lehrt, daß bei Epileptikern nahezu ausnahmslos früher oder später auch gewisse psychische Störungen sich entwickeln können, und zwar müssen wir dabei auseinanderhalten eine allgemeine, dauernde psychische Veränderung, die sogenannte epileptische Geistesbeschaffenheit, und vorübergehende Episoden eigentlicher Geistesstörungen, die sogenannten epileptischen Psychosen, wie Dämmerzustände, Äquivalente u. dgl.

Erstere äußert sich u. a. in einer eigenartigen zunehmenden geistigen Verödung, Schwerfälligkeit, Einengung des geistigen Horizontes, Hypochondrie, Egoismus usw. und in nie fehlender ganz enormer Reizbarkeit. Von allen diesen Zügen können wir im vorliegenden Falle nur die ganz bedeutend gesteigerte Reizbarkeit konstatieren, welche allerdings gerade zur Zeit der persönlichen Untersuchung durch Brommedikation und Fernhaltung der äußeren Reize in den Hintergrund getreten, überwiegend anamnestisch sich nachweisen läßt. Sehr charakteristisch, weil der klinischen Erfahrung entsprechend, ist die Angabe, daß diese Reizbarkeit gerade in der Zeit vor einem Anfalle besonders sich bemerkbar machte, und die Angabe über das subjektiv wahrnehmbare Entspannungsgefühl nach einer Krampfattacke. Von einer epileptischen Demenz ist sicher keine Rede.

Für das Bestehen einer epileptischen Psychose tempore criminum liefert nun weder das Aktenmaterial noch die persönliche Exploration irgendeinen Anhaltspunkt. Der Nachweis eines scharf umschriebenen Ausnahmezustandes mit ebenso scharf umschriebener nachfolgender Erinnerungslosigkeit kann für keines der angeschuldigten Fakten erbracht werden, und damit muß auch die Annahme, der momentane zornige Affekt habe, in Verbindung mit der epileptischen Reizbarkeit, durch die besonderen Tatumstände jeweils die Höhe eines sog. pathologischen Affektes erreicht, als nicht erwiesen abgelehnt werden. Daß gewisse Einzelheiten von dem Angeschuldigten anders dargestellt werden, als durch Zeugenaussagen, erklärt sich unschwer aus einer Reihe von Momenten, so aus der langen Zeit, welche zwischen Tat und Protokollaufnahme verstrichen ist, aus der Tatsache, wie sehr der gewöhnliche, noch durchaus „physiologische" Jähzorn die Erinnerung zu trüben geeignet ist, wie häufig auch bei Nichtaffektdelikten Aussagen des Täters und der Zeugen von einander differieren u. dgl. Im großen und ganzen jedoch hat Inkulpat stets gute Erinnerung für die jeweilige Situation; er selbst hat es auch nie — was anerkannt werden soll — versucht, einen kompletten Erinnerungsdefekt vorgeben zu wollen.

In der Zuschrift des Gerichtes wird nun expressis verbis die Frage gestellt, ob die angeschuldigten Handlungen in einem Zustande begangen wurden, der nach § 3 a bis c MStG. die Zurechnungsfähigkeit aufhebt oder ob nur der Milderungsgrund nach § 144 MStG. gegeben sei; es wird sohin von den ärztlichen Sachverständigen eine Subsumption der etwaigen ärztlicherseits zu konstatierenden krankhaften Symptome unter die betreffenden Paragraphe verlangt.

In den vorhergehenden Auseinandersetzungen wurde genau die Art der pathologischen Veränderungen nach der negativen wie positiven Seite erörtert. Es sei noch einmal zusammenfassend gesagt, daß eine dauernde Geisteskrankheit, etwa eine epileptische Demenz, nicht besteht, daß für die Annahme einer vorübergehenden epileptischen Geistesstörung oder eines krankhaften Ausnahmezustandes im Sinne eines sog. pathologischen Affektes kein Anhaltspunkt gewonnen werden kann. Es wurde andererseits ausgeführt, wie die habituelle Reizbarkeit des Angeklagten durch die Epilepsie eine ganz bedeutende Steigerung erfuhr, ferner hingewiesen auf die ganz exzeptionellen Kriegsverhältnisse usw. Daß Inkulpat infolge aller dieser Umstände nicht die Hemmungen aufbrachte, um sich von seinen impulsiven Handlungen zurückzuhalten, ist ebenso klar, wie, daß eben eine Geistesstörung s. str. zur Zeit der Begehung der Taten nicht bestanden hat.

Nach dem klaren Wortlaute des § 221 MStPO. erachtet das Militärsanitätskomitee seine Aufgabe damit umgrenzt und erfüllt, daß es dargetan hat, welchen Einfluß die Krankheit auf die Triebe und Handlungen des Beschuldigten geäußert habe. Ob diese krankhafte epileptische Reizbarkeit aber unter Ab-



satz a bis c des § 3 oder nur unter Absatz d des § 144 MStG.[1]) zu subsumieren sei: das zu entscheiden, fällt nicht in die Kompetenz des Arztes, sondern lediglich des Richters, an der Hand eben jener Darlegungen, welche der Arzt vom Standpunkte seines Fachwissens aus zu geben in der Lage ist.

Wien, 31. Mai 1917.

II. Unzucht wider die Natur. — Psychopathische Minderwertigkeit und Debilität. — Forensische Wertung.

1. Ergebnis aus den Akten.

Eine aktenmäßig belegte Anamnese liegt nicht vor. Einem Strafakte aus 1904 ist ein ärztliches Zeugnis beigeschlossen, wonach Inkulpat A. St. geistesschwach sei, schwer begreife und zu keiner selbständigen Lebensführung geeignet sei. Wider den Angeklagten war damals die Anklage wegen einer homosexuellen Affaire erhoben worden, das Verfahren aber wegen Mangels an Beweisen eingestellt. Diese Urteilsbegründung scheint aber der Beschuldigte nicht recht verstanden zu haben, da er in einem seiner Briefe an den Mitbeschuldigten der gegenwärtigen Strafsache, den K., schreibt, daß, wenn die Geschichte herauskäme, ihm, d. h. dem A. St., nichts geschehen könne, da er ja gerichtlicherseits seinerzeit für krank erklärt worden sei.

Aus einem Briefwechsel, der aufgefangen wurde, ergab sich der Verdacht, daß Beklagter mit einem Matrosen K. Unzucht wider die Natur getrieben habe. Wie so häufig, kam es alsbald im Verlaufe des Verkehrs zu Erpressungsversuchen seitens des Mitbeschuldigten, was sich gleichfalls in dem Briefwechsel widerspiegelt. Die Briefe des Angeklagten fallen durch viele und grobe Fehler gegen Grammatik und Orthographie auf, wobei jedoch in Rücksicht zu ziehen ist, daß deutsch nicht die Muttersprache des Angeschuldigten, eines ungarischen Juden, ist. Inkulpat unterschreibt sich „Sasa", also mit einem weiblichen Namen; das Geschriebene enthält ermüdende Wiederholungen gewisser stereotyper Phrasen und Redewendungen, schlechterdings vergleichbar dem nicht endenwollenden, immer wieder ein und dasselbe wiederkäuenden „Keifen" der Weiber. Die Geliebte des Mitangeklagten K. deponiert, daß ihr der St. verbieten wollte, mit dem K. zu verkehren, daß ihretwege ersterer dem K. wahrhafte Eifersuchtsszenen macht

Bei den Vernehmungen war St. ohne weiteres g ständig. Die Sachverständigen erklärten, daß Inkulp psychopathisch minderwertig, nervös und homosexu veranlagt sei. Die Ausübung des freien Willens s tempore delictorum gehemmt gewesen. Da das ob erwähnte Zeugnis aus dem Jahre 1904 zur Verlesung g kommen war, wurden bei der Hauptverhandlung and Sachverständige befragt, welche (DDr. H. und W den Beklagten als angeborenen Konträrsexuellen Schwachsinn bezeichneten. Dieser sei so hochgra daß Inkulpat seiner freien Willensbestimmung bera erscheine, daher nicht verantwortlich sei.

Wegen des Widerspruchs zwischen den beiden G achten wurde nun an das Militärsanitätskomitee pelliert.

2. Ergebnis der persönlichen Exploration.

Inkulpat erwies sich orientiert, in Stimmung und baren unauffällig, vermag auf deutsch sich zieml gut auszudrücken. Freilich ergibt sich auch bei ungarischer Sprache abgehaltenem Examen, daß weilen der Sinn der gestellten Fragen nicht ganz rich aufgefaßt wird.

Zur Vorgeschichte gibt A. St. an, immer krä lich gewesen zu sein, nennt mehrere Kinderkrankh ten. Volksschule mit mittlerem Erfolge besucht, d vier Klassen Realschule und drei Jahre Handelssch wobei er jedoch zweimal repetieren mußte. Jetzt er Kaffeehausbesitzer. Es stellt sich aber bei genauer Examen heraus, daß eigentlich der Stiefvater das G schäft führe, Inkulpat selbst in den Geschäftsbetr nichts dareinzureden habe und nur eine monatliche S tentation aus dem Geschäftsertrage beziehe. Se eigentliche Beschäftigung in dem Kaffeehause sei, den Gästen Karten zu spielen und ihnen „die Honneu zu machen. Er beziffert den täglichen Eingang mit bis 100 K., weiß aber nicht, was davon als Reingew übrig bleibe. Als Steuer nennt er 4000 K., allein weiteres Befragen ergibt, meint er damit den jährlich Pachtzins; von Steuerangelegenheiten hat er keine nung.

Bezüglich seiner vita sexualis erzählt er, daß mit 13 bis 14 Jahren zu masturbieren begonnen ha auch mutuell. Später habe er wiederholt versucht, Weibern zu verkehren, doch sei dies ihm nie gelung er habe nur Ekel empfunden. Homosexuellen Umg habe er seither ständig gepflogen. Er wisse, daß d strafbar sei, doch könne er sich nicht zurückhalten; sei eben seine Krankheit. (Woher er den Ausdr „homosexuell" kenne?) Das habe er von den Männ gelernt, mit denen er zusammengekommen ist. Er auch wegen Krankheit freigesprochen worden (ve Aktenergebnis). Inkulpat glaubt, auch gegenwärtig reits freigesprochen zu sein; er verwechselt nämi damit den Umstand, daß er, anfangs in Haft gese

---

[1]) § 3. Als Verbrechen kann eine Handlung oder Unterlassung nicht zugerechnet werden: a) wenn der Täter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist; b) wenn die Tat bei abwechselnder Sinnesverrückung zu der Zeit als die Verrückung dauerte oder c) in einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen vollen Berauschung (§§ 7. 797) oder einer anderen Sinnesverwirrung, in welcher der Täter sich seiner Handlung nicht bewußt war, begangen worden; d) . . . .

§ 114. Milderungsumstände, welche auf die Person des Täters Bezug haben, sind: a) . . . .; d) wenn er in einer das Bewußtsein nicht ganz ausschließenden Sinnesverwirrung, ... sich zur Tat hat hinreißen lassen.

m Laufe des Ermittlungsverfahrens auf freien Fuß beassen wurde.

Eingerückt 1915, brachte er es 1916 zum Korporal. Nicht vorbestraft.

Die körperliche Untersuchung ergibt rachitisch-hyrokephalen Schädel mit Andeutung von Sattlung, an;ewachsene Ohrläppchen. Bartwuchs und Rumpfbeiaarung durchaus viril, dagegen Crines pubis fast fehlend; keine Hypospadie, Gynäkomastie o. dgl. Lidflattern, Zittern der Zunge und Hände, Steigerung der Sehnenreflexe.

3. Gutachten.

In völliger Übereinstimmung mit beiden Vorgutachten kann gesagt werden, daß A. St. psychopathisch minderwertig, schwachsinnig und homosexuell veranlagt ist. Der Widerspruch zwischen den beiden Gutachten liegt nicht in der Diagnose, sondern in der forensischen Wertung der konstatierten psychischen Anomalien.

Homosexualität an sich, d. h. die abnorme Richtung des Geschlechtstriebes, ist ja weder im klinischen Sinne eine Geisteskrankheit, noch darf sie als solche forensisch gewertet werden; auch ist der Konträrsexuelle zur Ausübung des Geschlechtsverkehres nicht stärker gedrängt, als der Normalsexuelle, sofern nicht außer der sexuellen Perversion noch andere krankhafte Momente wirksam sind. Die Subsumption unter „unwiderstehlichen Zwang" ist für den Homosexuellen ebensowenig gestattet, wie etwa sog. „Sexualnot" den Normalgeschlechtlichen unverantwortlich machen würde für eine Notzucht o. dgl. (Nur nebenbei sei darauf hingewiesen, daß der Absatz g des § 3 MStG., welcher von „unwiderstehlichem Zwange" handelt, darunter überhaupt nicht pathologische Momente, sondern solche physischer und psychologischer Art betrifft.)

Liegen nun im vorliegenden Falle andere krankhafte Momente vor, welche an sich oder in Verbindung mit eben der abnormen Sexualität Bedingungen schaffen, welche dem Wortlaute des Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen entsprechen?

Zweifellos ist ein gewisses Maß von Schwachsinn vorhanden. Gar zu hochgradig dürfen wir indessen diese Geistesschwäche nicht veranschlagen, wenn wir erwägen, daß Inkulpat immerhin außer seiner Muttersprache (ungarisch) eine fremde (deutsch) leidlich spricht und versteht, daß er erst in der Handelsschule repetieren mußte, Volksschule und Unterrealschule aber absolvieren konnte, daß er es zum Korporal gebracht hat. Wir dürfen von Debilität, nicht von Imbezillität sprechen, im Sinne des Gesetzes: daß er schwach von Verstand, nicht, daß er des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt sei. Andere Momente, wie etwa Berauschung t. cr., Ausnahmezustände epileptoider oder hysterischer Art usw. kommen hier überhaupt nicht in Frage.

Nun lehrt die klinische Erfahrung, daß gerade bei Schwachsinnigen das Triebleben besonders intensiv und hemmungsherabsetzend ist, und daß bei Psychopathen im allgemeinen der Geschlechtstrieb von besonderer Stärke zu sein pflegt. Alle diese Umstände zusammengenommen waren zweifellos geeignet, die Hemmungsfähigkeit des Angeklagten gegenüber den Deliktsantrieben, gegenüber seinen strafgerichtlich verpönten Handlungen in ganz bedeutendem Ausmaße zu vermindern.

Das Militärsanitätskomitee resümiert daher, wie folgt: Inkulpat ist eine geistesschwache, homosexuell veranlagte, psychopathische Minderwertigkeit. Die Hemmungsfähigkeit war gegenüber der Betätigung des homosexuell gerichteten Triebes infolge geistiger Schwäche und angeborener psychischer Minderwertigkeit in hohem Grade herabgesetzt, was als weitestgehender Milderungsgrund bei Bemessung des Strafausmaßes in Rechnung zu ziehen ist. Eine die strafrechtliche Verantwortlichkeit aufhebende Form geistiger Krankheit liegt indessen nicht vor und hat tempore criminum nicht bestanden.

Wien, 26. Juni 1918.

(Schluß folgt.)

Referate.

— **Ein prinzipieller Versuch zur Neurosenlehre.** Von Bauer und P. Schilder. Wien. klin. Wochenschr. 1919 Nr. 19.

B. und S. beschreiben folgenden Versuch: „Die Frau, die wir uns vorzustellen erlauben, befindet sich in tiefer Hypnose. Erteilen wir ihr die Suggestion, nach einer Seite gedreht zu werden, das Gefühl des Drehschwindels zu bekommen, und stellen wir in diesem Zustande den Bárán振schen Zeigeversuch an, so sehen Sie, wie die Frau in ausgesprochenster Weise vorbeizeigt. Neigen wir den Kopf der Frau um 90° nach vorn, dann hört das Vorbeizeigen auf, die Versuchsperson zeigt vollkommen richtig; heben wir den Kopf wieder in die Höhe, so kommt das ursprüngliche Vorbeizeigen sofort wieder zum Vorschein. Hat die Versuchsperson die suggestive Vorstellung, daß sich ihre Umgebung nach rechts dreht, dann erfolgt das Vorbeizeigen nach links und umgekehrt. Wir sehen also, daß sich unsere Versuchs-



person bezüglich des Báránýschen Zeigeversuchs ganz ebenso verhält wie ein Mensch, der das entsprechende Schwindelgefühl durch Drehen am Drehstuhl oder durch Kalorisieren bekommen hat. Auch hier finden wir die Hemmung des Vorbeizeigens durch Kopfsenkung um 90° nach vorne. Der Unterschied zwischen unserer Versuchsperson und einem Menschen, der gedreht oder kalorisiert würde, besteht darin, daß wir durch Suggestion des Drehschwindels keinen Nystagmus hervorgerufen haben.

Denselben Versuch haben wir an sieben Personen, die sich in tiefer Hypnose befanden, angestellt, jedoch nur in drei Fällen ein positives Ergebnis erzielt.

Erstens gelingt es nicht, bei jedem Menschen auf suggestivem Wege einen richtigen Drehschwindel zu erzeugen. Die Betreffenden empfinden unter Umständen ein mehr oder minder unbestimmtes Schwindelgefühl mit Üblichkeiten und Brechreiz, haben jedoch, wovon man sich durch Befragen überzeugen kann, durchaus nicht die Empfindung, sich nach einer bestimmten Seite zu drehen.

Zweitens konnten wir auch dann, wenn die betreffenden Versuchspersonen anscheinend auch einen richtigen Drehschwindel in der Hypnose reproduzierten, nicht immer die hier demonstrierten Reaktionsbewegungen nachweisen. Es scheint also auch hier individuelle Unterschiede zu geben. Je öfter der gleiche Versuch an einem Menschen wiederholt wird, desto weniger deutlich fällt das Ergebnis aus."

Bauer hat (Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 36) anläßlich von Fällen sicher funktionell nervöser Erkrankung mit Störungen des Báránýschen Zeigeversuchs und mit anderen zerebellaren Symptomen die Vermutung ausgesprochen, daß die Vorstellung, an Schwindel zu leiden, unter Umständen sämtliche mit der Schwindelempfindung in Verbindung stehende Mechanismen zu beeinflussen und ihre Reaktionsart zu ändern vermöge. Schilder (ebenda 1918 Nr. 51) zeigte, daß der zerebro-zerebellare Gleichgewichtsapparat zur Hirnrinde als der Zentralstelle psychischer Tätigkeit in enger Beziehung steht; einerseits können willkürlich gewählte optische Vorstellungsbilder vom Vestibularapparat typisch beeinflußt werden, andererseits läßt sich das physiologische (nach kalorischer Reizung) und pathologische Vorbeizeigen in der Hypnose kompensieren.

Der Funktionszustand subkortikaler Apparate ist also psychogen beeinflußbar, auch wenn diese Apparate dem direkten Willenseinfluß entzogen sind. Auch die erstaunlichen Leistungen gewisser Zitterer und Pseudospastiker bei den hyperkinetischen Kriegsneurosen sind nicht verständlich als Äußerungen eines direkt auf die Produktion dieser motorischen Erscheinungen gerichteten Willens, sondern dadurch, daß Vorstellungen gewisse subkortikale Apparate zu alterieren, subkortikale Automatismen in Gang zu bringen und zu sistieren vermögen. Komplizierte, der Willkür entzogene nervöse Mechanismen können also suggestiv beeinflußt werden, was bisher wohl nur für den vasomotorisch-sekretorischen Apparat bekannt war.

In einer Abhandlung: Über einige psychophysiolo- sche Mechanismen funktioneller Neurosen (Deutsch. Ze schr. f. Nervenheilkunde 1919 Bd. 64 H. 5-6) wird dies Gegenstand von Bauer und Schilder weiter e örtert. B. und S. kommen dabei zu folgendem Ergebn „Ist die neurotische Idee produziert und fixiert, so schaf sie somatische Folgen, wenn das Organ der Idee diens bar ist, wenn es entgegenkommt. Und es wird wieder dasjenige Organ der Krankheitsidee am dienstbarst sein, das minderwertig ist. So schließt sich dann d Kreis, und wir beginnen den Zusammenhang von Orga minderwertigkeit — sei sie nun erworben oder ang boren — mit einem auf dieses Organ gerichteten neu tischen Symptom zu verstehen."

Buchbesprechungen.

— Reindl, O., Gekrönte Narren. Med.-hist Untersuchungen. 2. Aufl. 156 S. Würzburg 1919, Ge Memminger. 5,00 M.

Behandelt zunächst die Frage: Ist Wilhelm II. sc dig? (das deutsche Volk habe die Erziehung des Kai nicht korrigiert, wie es die Engländer gegenüber ih Königen zuwege gebracht haben, nur Bismarck ha die verkehrte Kronprinzenerziehung erkannt, aber a die Gefahr der erblichen Belastung), dann wird Thema der Erblichkeit erörtert und der Einfluß dess ben in Fürstenfamilien geschildert, und zwar bei Wittelsbachern, Hohenzollern und Stuarts. Dann ko men Betrachtungen über orientalische Herrscher, rö sche Imperatoren, fränkische und französische Kön die spanischen Dynastien, Portugieser, Habsburger, russischen Zaren.

Das Buch liest sich ganz gut.

—Baerwald, Dr. Richard, Okkultismus, Spiri mus und unterbewußte Seelenzustände. Leipzig, V lag von B. G. Teubner. 2,65 M.

Verfasser legt seinen Standpunkt bei diesen v umstrittenen Dingen nicht fest, sondern bringt gewiss maßen ein Autoreferat. Er lehnt Spiritismus mit Re ab. Einen großen Wert hat das Buch dadurch, daß s Verfasser ganz eingehend mit den psychischen V gängen des Unterbewußtseins befaßt. Er beschreibt Wesen der Hypnose im allgemeinen und ihre Bedeut in der Medizin im besonderen.

Das Buch ist durchaus zu empfehlen.

Dr. Gutze

— Hitschmann, E., Gottfried Keller. Psyc analyse des Dichters, seiner Gestalten und Mo 123 S. Leipzig, Wien usw. 1919, Internationaler Psyc analytischer Verlag.

Analysen im Sinne der Sexual-Psychoanalyse, zu den bekannten Deutungen führen — auch für Nichtpsychoanalytiker heute nichts Neues mehr. F

— Placzek, Das Geschlechtsleben der Hyst schen. Eine medizinische, soziologische und fore sche Studie. 264 S. Bonn 1919, A. Marcus & E. Web Verlag. Broch. 15,00 M, geb. 17,50 M.

Enthält: Wandlungen in der Auffassung der Hysterie, ie sexuelle Wurzel der Hysterie, das Geschlechtsleben er Hysterischen (hierbei S. 106 bis 154 neun berühmt nd berüchtigt gewordene Fälle aus der Literatur), lexenwesen und Geschlechtsleben der Hysterischen, ieschlechtsleben der Hysterischen in soziologischer und orensischer Beziehung (auch hier Kasuistik). Eine fesselnde Darstellung und Verarbeitung dieses interessanten und vielumstrittenen Stoffs. Die Freudsche Theo-e wird in die ihr zukommenden Grenzen zurückge-iesen. Die Literatur ist ergiebig berücksichtigt.

— Krukenberg, H., Der Gesichtsausdruck des lenschen. II. neubearbeitete und vermehrte Auflage. 28 S. Mit 259 Textabbildungen, meist nach Original-eichnungen und photographischen Aufnahmen des Ver-ssers. Stuttgart 1920, Verlag von F. Enke. Brosch. 3 M, geb. 35 M.

Enthält nach einer Einleitung über Zweck und Wesen er physiognomischen Forschung, nach einem Literatur-erzeichnis und Historischem die Abschnitte: Mimik der iere, Entwicklung der Physiognomie, Anthropologisches, ntwicklung der einzelnen Rassenmerkmale, Entwicklung es Individuums, Geschlechtsmerkmale, Altersmerkmale, athologisches, Entstehung des menschlichen Mienen-iels, Haut, Auge, Ohr, Nase, Mund, Zusammenfassung er einzelnen Ausdrucksweisen; in letzterem Abschnitt llgemeine Regeln für die Entstehung der einzelnen Aus-ucksweisen.

Nach Inhalt und Darstellung ist es vorzüglich ge-gnet, weite Kreise, die sich von Berufs wegen oder s Liebhaberei für das Gebiet interessieren, mit den rundlagen der Physiognomik bekanntzumachen; es ird daher auch in der neuen Auflage wohlverdiente erbreitung und viele Freunde finden.

— E. Mercks Jahresbericht über Neuerungen auf n Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie. 17 bis 1918. 31. und 32. Jahrgang. Darmstadt, De-mber 1919.

Das 586 Seiten umfassende Werk behandelt im ersten il (S. 1 bis 123) die nichtoffizinellen Alkaloide (Schluß). finden sich darin auch für den Psychiater und Neuro-gen wichtige Abhandlungen über Papaverin, Pellotin, eudo-Hyoscyamin, Sanguinarin, Solanin, Thebain, himbin. Dann (S. 124 bis 535) neuere Präparate und ogen, ferner Inhaltsverzeichnis, Verzeichnis der Indi-tionen, Autorenregister und Literaturverzeichnis. Das ich legt ein schönes Zeugnis ab von dem regen Eifer d großen Umfang, mit dem nach wie vor in den ssenschaftlichen Instituten E. Mercks gearbeitet wird.

— Axhausen, Prof. Dr. G., Operationsübungen der menschlichen Leiche und am Hund. Mit einem leitwort von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. Hilde-and. 308 S. Mit 317 farbigen Abbildungen auf 132 feln, sowie 132 zum Teil farbigen Textabbildungen ch Originalien von Maler Franz Kotzian. Mün-en 1919, J. F. Lehmanns Verlag. 60 M. — Band XIII n Lehmanns Medizinischen Atlanten.

Wohl in jeder unserer Anstalten befindet sich unter n Ärzten ein oder mehrere Kollegen, die sich aus früherer Assistentenzeit an chirurgischen Kliniken oder chirurgischen Abteilungen von Krankenhäusern Interesse für Chirurgie bewahrt haben, und die in Irren- und Nervenheilanstalten häufig genug vorkommenden chirurgischen Fälle operieren und behandeln; es bietet sich aber auch bei den Obduktionen in den Anstalten ab und zu Gelegenheit, sich über eine Operationsmethode zu orientieren. In jedem Falle, für die operative Tätigkeit am Lebenden wie an der Leiche, ist ein vorzüglicher Führer obiges Werk von Axhausen. Es ist aus Operationsfortbildungskursen hervorgegangen und will durch eingehende, besonders auch bildliche Darstellung der einzelnen Akte der wichtigsten Operationen und durch die Beschränkung auf einzelne bewährte Methoden dem angehenden Chirurgen eine feste Stütze geben, die ihn befähigt, sich den ganzen Verlauf der Operation anschaulich vorzustellen und danach praktisch zu handeln, die Möglichkeit der Rekapitulation und Rekonstruktion des ganzen Operationsganges gewähren und damit die Übertragung in die Praxis am Lebenden erleichtern. In recht zweckmäßiger Weise ist dabei die Einheitlichkeit der Technik gewahrt, und zwar stützt sie sich auf die bewährte Praxis der Helferichschen und Hildebrandschen Klinik.

Von wunderbarer Vollkommenheit und Naturtreue ist die bildnerische mehrfarbige Darstellung durch den Kunstmaler Kotzian in München; jede einzelne Zeichnung ist nach dem von Axhausen hergestellten und festgehaltenen Operationsschnitt auf Grund sorgfältigster Skizzen angefertigt. Besonders die 132 Tafeln sind ganz prachtvoll.

Zu bewundern ist auch, daß es dem Verlage unter den jetzigen Verhältnissen gelungen ist, ein so vorzüglich ausgestattetes Werk herauszubringen.

Empfehlender Worte bedarf dasselbe nicht. B.

Therapeutisches.

— **Die Behandlung epileptischer Anfälle.** (Die Luminaltherapie der Epilepsie.) Von Prof. Dr. A. Friedländer. Therap. Monatshefte Dezbr. 1919.

Nach Erörterung der sonstigen Behandlungsweise bei epileptischen Anfällen wird eingehend die Luminalbehandlung geschildert. F. wendet das Luminal schon seit Anfang 1912 bei Epilepsie an. Luminal stellt nach F., unbeschadet der günstigsten Erfolge, die damit auch von anderer Seite erzielt wurden, kein indifferentes Mittel dar; es verlangt Erfahrung, „tastende" Verordnung und sorgfältige Beobachtung; ambulante Behandlung ist zu widerraten. Es hat sich ihm auch in ganz schweren Fällen wirksam erwiesen, bei denen bereits andere Behandlungsarten wie wiederholte Bromkuren, salzlose Kost und Brom, viermalige Gehirnpunktion erfolglos geblieben waren. Ferner bei Fällen, wo neben großen Anfällen zahlreiche kleine auftraten; bei den Folgezuständen der nicht operablen traumatischen Epilepsie, der „latenten" epileptischen Disposition und der epileptischen Übererregbarkeit. Bei Berücksichtigung aller Umstände, welche Vorsicht in der Beurteilung eines Mittels erfordern, müsse er doch erklären, daß ihm

kein Mittel so gute Dienste geleistet habe wie das Luminal, was auch andere Autoren aussprechen. — Die meisten Kranken waren auch subjektiv durch die Luminalwirkung sehr befriedigt; sie empfanden den Fortfall der hohen Bromdosen als etwas sehr Angenehmes. Nach F. kann als Einzelgabe (für den ersten Versuch) verordnet werden:

Im 1. bis 2. Lebensjahr 0,005 bis 0,01 (Vorsicht!),
im 2. bis 4. Lebensjahr 0,01 bis 0,04,
im 4. bis 6. Lebensjahr 0,04 bis 0,06,
im 6. bis 8. Lebensjahr 0,06 bis 0,08,
im 8. bis 10. Lebensjahr 0,08 bis 0,1.

Bei Erwachsenen beginne man mit 0,1 bis 0,2 pr[o] dosi.

F. gab, bei Nichtepileptikern, Einzeldosen bis 0,[...] G r a b i bis 0,8 g, ohne unangenehme Nebenwirkunge[n]. Einmal sah er bei einem psychopathischen Knabe[n] Schwindel und Erbrechen.

Nachdem die erste Reaktion festgestellt wurde, is[t] zunächst die n i e d e r s t e Tagesgabe zu ermitteln, durch welche die Anfälle unterdrückt werden könne[n]. Da diese in vielen Fällen nachts bzw. gegen Morge[n] auftreten, gibt man nachmittags eine Gabe von 0,1 b[is] 0,2 und am Spätnachmittag oder Abend ein bis zw[ei]





iben von 0,1 bis 0,3. Das Mittel für den Abend zu rordnen empfiehlt sich wegen der hypnotischen Wirng, die es bei den meisten Menschen mehr oder wenir stark ausübt. Diese hypnotische Wirkung ist aber ne Bedeutung, denn bei leichten Fällen von Epilepsie rd die Verabfolgung einer Luminalgabe (zu längen Gebrauch) eine Stunde vor dem Schlafengehen gegen; in schweren, wo mehrmals täglich Luminal geben werden muß, ist ohnedies Bettruhe oder wesentne Einschränkung der Arbeit ebenso wie bei Bromhandlung nötig.

Handelt es sich um eine schwere Epilepsie mit täglich oder mehrmals in der Woche auftretenden Anfällen, so führt F. folgende Behandlung durch: Bettruhe, kräftige Ernährung usw. Verordnung von Luminal; Feststellung der niedrigsten Gabe, bei welcher die Anfälle fortbleiben. Meist wird dies bei dreimal 0,3 innerhalb 24 Stunden, die beiden letzten Gaben um 6 Uhr und 9 Uhr abends, gelingen. Allmähliche Verringerung der Gabe; während einiger Tage Aussetzen des Mittels. Auf der niedrigsten Gabe bleiben wir 3 bis 6 Monate stehen. Abbruch der medikamentösen Behandlung. (In diesen

Tagen genaueste Beobachtung des Kranken.) Nach einer Pause von 2 bis 4 Wochen wird Luminal wieder in kleineren Gaben durch 4 Wochen hindurch — jedesmal abends — gegeben. Treten keine Anfälle auf, so wird das Mittel in der Stärke von 0,1 bis 0,3 jeden zweiten, dann jeden dritten Abend verordnet. Diese Behandlung wird ein Jahr durchgeführt. Die weitere richtet sich nach der Individualität des einzelnen Falles.

Luminal wird auch von Nierenkranken vertragen. Es fehlen ihm die unangenehmen Begleiterscheinungen der Bromsalze. Es beeinflußt günstig die epileptisch Stimmungslage. Es wurde bisher keine Kontraindikation gegen langen Gebrauch bekannt. Es wirkt auch noch, wo sich bereits epileptische Demenz angebahnt hat.

Bresler.

Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schriftleitung resp. den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 27/28. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Geh. San.-Rat Prof. Dr. K. Alt Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. Beyer, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. Bleuler, Zürich, San.-Rat Dr. Deiters, Düren, San.-Rat Dir. Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dir. Dr. Fischer, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. Friedländer, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. Herting, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. Ilberg, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. Kluge, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. Lehmann, Hartheck, Geh. San.-Rat Dr. Mercklin, Treptow a. R., Dir. Dr. v. Olah, Budapest, Prof. Dr. A. Pilcz, Wien, Reg.-Rat Dr. H. Schlöß Wien, Geh. Rat Prof. Dr. E. Schultze, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen, Reg.-Rat Dr. Starlinger, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. Vocke, Eglfing b. München, Prof. Dr. H. Vogt, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. L. W. Weber, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et phil. W. Weygandt, Hamburg.

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 27/28. 9. Oktober **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Aus der forensischen Praxis der Kriegszeit.

Von Dr. **Alexander Pilcz**, Wien.

(Schluß.)

I. Soldatenmißhandlung. — Homosexueller Sadismus. — Fragliche Zurechnungsfähigkeit.

1. Ergebnis aus den Akten.

R. K., geb. 1876, Berufsoffizier, vorzüglich konduisiert, ehrfach vor dem Feinde dekoriert.

Die am 19. April 1916 erhobene Anklage lautete auf ldatenmißhandlung, und zwar war der Tatbestand der zelnen angeschuldigten Fakten in stereotyper Weise r, daß Inkulpat Prügelstrafen an Mannschaftspersonen enhändig vollzog, wobei er sich auch eigenhändig an r Entblößung des Gesäßes der zu Bestrafenden beligte; er vollzog die Strafen in seinem Zimmer, ohne gen. Es ergab sich aber auch, daß derlei schon zu denszeiten vorgekommen ist, daß Angeklagter mit ebe an junge Männer sich herandrängte, dieselben Gesäße und an den Schenkeln abtätschelte.

Bei den einzelnen Vernehmungen war der Beschul- der einzelnen Fakten an sich geständig; die Strafen notwendig gewesen, da mit den gewöhnlichen plinären Strafen unter den Kriegsverhältnissen ab- nicht das Auslangen gefunden werden konnte; anrseits habe er derlei Strafen „aus Milde" vollzogen, er sonst eigentlich hätte eine gerichtliche Anzeige wider den Betreffenden erstatten müssen. Sexuelle Absichten negiert er auf das entschiedenste. Daß er schon in Friedenszeiten manchmal jüngere Kameraden in der oben erwähnten Weise betastet habe, sei harmloser kameradschaftlicher Spaß gewesen usw. usw.

Das Gericht beschloß aber Begutachtung durch Sachverständige. Denselben gegenüber leugnete Inkulpat gleichfalls energisch, bei seinen Handlungen irgendwie sexuelle Motive verfolgt zu haben, sprach nur immer wieder von der durch die Kriegsverhältnisse bedingten Notwendigkeit, an Stelle der Arreststrafen Prügel einzuführen. Die Sachverständigen gelangen in einem ausführlichen Gutachten zu dem Schlusse, daß Inkulpat höchst wahrscheinlich mit sadistischer Homosexualität behaftet sei. Das Bewußtsein des Unerlaubten sei ihm nicht ganz abhanden gekommen, doch habe die Fähigkeit der Selbstbeherrschung in hohem Maße gelitten durch Verstärkung des Triebes infolge Ausschlusses weiblicher Gesellschaft, Mangel an Ablenkung, infolge der grausamen Eindrücke des Krieges und Beispiele grausamer Führung der Disziplin.

In einem Ergänzungsgutachten wird auseinandergesetzt, wie der von Kindheit neuropathische Angeklagte durch die Kriegsereignisse, deprimierende Rückzüge,



hohe Verantwortlichkeit, Schlafmangel, Alkoholübergenuß, geschlechtliche Abstinenz usw. in seinen Nerven so geschwächt worden sei, daß seine Hemmungen aufgehoben wurden. Zu den Handlungen, „ob dieselben als widerrechtlich gebrauchte disziplinäre Maßregeln oder als sadistische Selbstbefriedigungsversuche angenommen werden, welche beide Deutungen sich psychoanalytisch vollkommen decken", konnte er nur in der momentan aufgetretenen Erschöpfung der geistigen Tätigkeit gekommen sein. Rezidive seien mit Rücksicht auf gestärkte Willenskraft und Erkenntnis nicht zu fürchten; im Wiederholungsfalle müßte er freilich als zurechnungsfähig erklärt werden, falls nicht irgendwelche Ausnahmezustände obwalteten.

Das Gericht wandte sich nun an das Militärsanitätskomitee um Abgabe eines Gutachtens.

2. Ergebnis der persönlichen Exploration.

Stets völlig orientiert, von prompter Auffassungsgabe, geschickter Ausdrucksweise, Stimmung ernst, jedoch durchaus situationsgemäß, keine Wahnideen, Sinnestäuschungen, Intelligenzdefekte.

Inkulpat bezeichnet sich als vollständig gesund, seine frühere Nervosität sei gegenwärtig ganz gewichen.

Für die einzelnen angeschuldigten Fakten lückenlose Erinnerung.

Was nun die Beziehungen dieser Handlungen zum Sexualleben und dieses selbst anbetrifft, so verhielt sich Beklagter bei den einzelnen Unterredungen verschieden. Beim ersten Examen stellte er jegliche sexuelle Momente entschieden in Abrede. Er habe jederzeit ausschließlich normalgeschlechtlich empfunden, habe nie während der bewußten Prügelszenen sexuelle Erregung gespürt, überhaupt nie auch nur im entferntesten dabei sexuell betonte Vorstellungen gehabt. Motiviert mit großer Zungengeläufigkeit, wie die sonst üblichen Disziplinarmittel im Kriege versagten; anderorts wurde auch geprügelt; er wollte lieber die Leute züchtigen, als sie dem Unglücke einer standrechtlichen Untersuchung und Bestrafung aussetzen; durch Schläge auf das Gesäß könne übrigens niemals ein Schaden angerichtet werden, wie z. B. etwa durch einen Schlag ins Gesicht usw. Auch die verfänglichen Liebkosungen seiner jüngeren Kameraden seien ganz harmloser Art gewesen. Er beteuert immer wieder, daß er zu keiner Zeit seines Lebens sadistisch oder homosexuell gefühlt habe, seine Pollutionsträume hätten nie dergleichen Szenen zum Inhalte gehabt, er habe nie etwa für derlei Spezialkapitel in seiner Lektüre Interesse gehabt oder gar Lustgefühle.

Der Referent hat nun absichtlich nach Schluß der ersten Unterredung Äußerungen in dem Sinne fallen lassen, daß auch nach seiner Ansicht alle Handlungen des Angeschuldigten normal, psychologisch begründet seien und daß sich für die Richtigkeit der Annahme der Vorgutachten keinerlei Anhaltspunkte gewinnen lassen. Beim zweiten Examen nun kam Beschuldigter spontan mit der Angabe, er habe mittlerweile lange nachgedacht und müsse nun doch berichten, daß er seit Kindheit öfters von nackten männlichen Gesäßen geträumt habe. Auch sei er schließlich selbst über die Art seiner Handlungen nachgerade stutzig geworden; er müsse zwar nach wie vor bestreiten, „bewußt" sexuell empfunden zu haben, aber vielleicht „unbewußt". Schon in Friedenszeiten habe er immer gegen seinen Hang zur Prügelstrafe ankämpfen müssen. Er erinnere sich, einmal eine Stelle als Lehrer in einer Kadettenschule ausgeschlagen zu haben, weil er, obwohl er sonst den Beruf zum Pädagogen in sich fühlte, von der Empfindung nicht loskommen konnte, „mit diesen jungen Leuten seiner ganzen Lebensauffassung nach nicht recht umgehen zu können, und daß es ihm einmal passieren könnte, nicht ganz stark zu sein, so daß er sich in dieser Richtung vergehen könnte" (wörtlich nach Stenogramm). Auch jenes Abtasten habe er gewiß nicht „grob erotisch" empfunden, aber vielleicht wohl als „geschlechtlich angenehm". Genauer examiniert weicht aber bald Inkulpat mit einer gewissen Hinterhältigkeit wieder aus, trachtet wieder, die Prügeleien als durch Kriegsverhältnisse bedingt darzustellen.

Zur Vorgeschichte gibt er nervöse Überreizung, Schlafmangel und die anderen im Vorgutachten erwähnten Umstände zu. Er führte eine recht traurige Jugend und ein freudloses Mannesalter, fand nie Geschmack an den Interessen seiner Umgebung, führte mehr ein Innenleben. Zu Liebeleien fehlte ihm die Zeit, der sexuelle Verkehr mit Prostituierten ekelte ihn an, ebenso die leeren Vergnügungen seiner Kameraden, wie Kartenspiel, Kaffeehausbesuch usw.

Seine Nervosität hatte durch eine zu forcierte Karlsbader Kur, Ende Mai 1915, eine Steigerung erfahren.

Bei der dritten Exploration legt R. K. ein längeres Schriftstück vor, daß er auf Aufforderung des Referenten verfaßt hat. In dieser schriftlichen Autobiographie kommt Inkulpat wieder auf seine „Gesäß"träume zu sprechen, fügt hinzu, daß auch beim Koitus das stärkste Reizmittel am Weibe für ihn das Gesäß war, während der Busen ihn kalt gelassen hatte. Er spricht die Vermutung aus, daß diese Neigung mit einer Züchtigung im Zusammenhang stehe, die er als Kind erlitten hatte, erwähnt ferner, daß er von seinem Bruder zur mutuellen Onanie verführt worden sei, in der Quarta eine schwärmerische Zuneigung zu einem Kameraden empfunden hätte, ebenso in der Kadettenschule zu zwei Mitschülern „Sehnsuchtsgefühle im Bilde echter Freundschaft". In seinem 23. Jahre empfand er auch eine „leibliche Zuneigung" zu zwei Kameraden. Der Geschlechtsakt mit Prostituierten kam ihm vor, wie „Onanie an einem lebenden Körper". Während der nächsten Jahre auch „Herzensverhältnisse" zu Mädchen. Liebkosungen gegenüber Kameraden seien in alkoholisierter Stimmung erfolgt. Im weiteren Teile ergeht sich Inkulpat in einer auffallend begeisterten Verteidigung der Prügelstrafe, welche „das Ideal der Erziehungsmethode" sei, spricht von einer „fassungslosen Erregung", in welche er während des Prügelns gekommen sei; nachher sei er stundenlang fast arbeitsunfähig gewesen (negiert aber beim mündlichen Examen Erektion und Ejakulation). Zu

chlusse bittet er, diese Intimitäten niemandem zu veraten, sie seien nur für den Arzt bestimmt.

Die körperliche Untersuchung ergibt bis auf leichte ulslabilität bei Vaguswirkung keinerlei relevanten Bend.

3. Gutachten.

Zunächst kann mit voller Sicherheit das Bestehen ner dauernden Geisteskrankheit oder einer vorbergehenden Sinnesverwirrung oder vollen Beuschung zur Zeit der Begehung der angeschuldign Handlungen von der Hand gewiesen werden, ie schon das Verhalten der Erinnerung beweist.

Ferner sei einleitend betont, daß R. K. weder en Vorbegutachtern, noch dem Referenten gegenber irgendwelche Simulations- oder Übertreiungstendenz an den Tag legte, nie seine „Nervotät" unterstrich, oder von seiner „unglücklichen eranlagung" sprach, wie dies ja die Sachverändigen in derartigen Prozessen genug zu hören kommen.

Es erhebt sich nun die Frage, ob bei dem Anklagten überhaupt wirklich eine Anomalie seiner ita sexualis besteht, und, wenn ja, wie eine solche rensisch zu werten ist.

Anhaltspunkte zur Entscheidung der ersteren rage lassen sich gewinnen: 1. aus den eigenen ngaben des zu Untersuchenden, 2. durch einen ergleich dieser Angaben mit klinischen Erfahngstatsachen und durch Würdigung der übrigen esamtindividualität des Exploranden, 3. durch die iheren Umstände der betreffenden Delikte selbst, h. Art derselben an sich.

Hinsichtlich des ersten Punktes stoßen wir nun nächst auf anscheinend unlösbare Widersprüche. en Vorbegutachtern gegenüber und ebenso beim sten Examen durch den Referenten des Militärsatätskomitees stellt Inkulpat jegliches sexuelle Moent in Abrede, erst bei der zweiten Unterredung ckte er mit positiven Angaben in dieser Richtung n wenig heraus, freilich in sehr zurückhaltender 'eise, um endlich in einem schriftlichen Elaborate ch reichlichere und bestimmtere Angaben zu maen.

Es liegen sohin zwei Möglichkeiten vor: Inkult hat entweder anfangs oder zuletzt nicht der 'ahrheit entsprechend ausgesagt, d. h. es bestand itweder nie bei ihm eine sexuelle Anomalie, und eklagter hat erst, belehrt durch die psychoanatischen Versuche der Sachverständigen, als er zu kennen glaubte, daß er, von sozusagen normalychologischem Standpunkte aus beurteilt, einer erurteilung kaum entgehen könnte, von eben nen psychoanalytischen Gesprächen Nutzen zieend und aus leicht zu beschaffenden Literaturstudien schöpfend, nachträglich jene positiven Angaben als in Wirklichkeit bei ihm bestehend angegeben, oder, er hat diese seine sexuellen Anomalien sorgfältig und schamhaft vor Jedermann zu verbergen getrachtet, sich andere, unverfängliche Erklärungsmotive zurechtgelegt und ist erst, unter dem Drange, d. h. der Empfindung, seiner Aburteilung entgegenzugehen, dazu bewogen worden, mit der Wahrheit, oder wenigstens einem Teile derselben herauszurücken.

Zur Entscheidung, welche der beiden Möglichkeiten hier zutrifft, müssen nun die anderen der oben erwähnten Momente ins Auge gefaßt werden.

Es wurde schon einleitend darauf hingewiesen, daß R. K. im allgemeinen keine Übertreibungstendenz bekundet, daß er seine Enthüllungen über sein Geschlechtsleben nur zögernd und bruchstückweise machte, dazwischen immer wieder versucht, seinen Delikten eine andere, rein psychologische Motivierung zu verleihen. Gerade die klinische Erfahrung lehrt aber nun, daß die echten Fälle sexueller Abnormitäten mit ängstlicher Scheu die Geheimnisse ihres Geschlechtslebens vor der Welt zu verbergen trachten, nur zögernd und gezwungen manche Einzelheiten preisgeben, im Gegensatze zu verderbten Lüstlingen, die, vor Gericht gestellt, sich nicht genug tun können in der fast wörtlich einem der bekannteren Werke über Psychopathia sexualis entlehnten Ausmalung und breit detaillierten Schilderungen ihrer Anamnese und vita sexualis.

Die näheren Einzelheiten endlich der inkriminierten Handlungen verraten für den Kundigen die sexuelle Genese in kaum zu verkennender Weise: Nicht beliebige Schläge in zorniger Aufwallung, sondern stereotyp Prügel ad nates, wobei der Vollzieher dieser „Strafe" persönlich das Opfer entblößt, ohne Zeugen! Was die eigenen, einander widersprechenden Angaben des Inkulpaten anbelangt, so liegt die Sache eben so, daß er sich in einem seelischen Konflikte befindet zwischen seiner Schamhaftigkeit einerseits, dem Widerstreben, die Intimitäten seines abnorm gerichteten Geschlechtstriebes preiszugeben, zwischen der Furcht andererseits, verurteilt zu werden, wenn er als ganz normal befunden werden sollte.

Das Militärsanitätskomitee bejaht also die Frage, ob R. K. mit einer Anomalie seines Geschlechtslebens behaftet sei, und auch hinsichtlich der bestimmten Form schließt sich das Militärsanitätskomitee den Vorgutachtern an, daß nämlich sadistische Homosexualität vorliege.

Was nun die forense Wertung anbetrifft, so darf eine sexuelle Perversion an und für sich kei-



neswegs einer Geistesstörung gleich erächtet werden, weder im klinischen, noch im forensen Sinne. Es ist aber andererseits zweifellos, daß R. K., ein ethisch und intellektuell hochstehender Mensch, eine Reihe von Nervenschädigungen erfahren hat, welche auf ein ab origine in Form einer sexuellen Anomalie neuropathisch minderwertiges Nervensystem einwirkten, nämlich Kriegsstrapazen, Überanstrengung, hohe Verantwortlichkeit, Schlafmangel, Ernährungsstörungen, die deprimierenden Eindrücke der Rückzugskämpfe, sexuelle Abstinenz, Alkoholübergenuß. Die Hemmungsfähigkeit gegenüber Impulsen, welche ihren Grund in der abnormen geschlechtlichen Veranlagung haben, reichte einfach nicht mehr aus. Ob das Zusammentreffen aller der Umstände mit der zweifellos vorhandenen abnormen Sexualrichtung als exkulpierend oder als strafmildernd zu werten ist, obliegt jedoch einzig und allein richterlichem Ermessen; eine Subsumption fällt nicht in die Kompetenz der Sachverständigen, welche ihre Aufgabe mit der Darlegung der krankhaften Veränderungen und deren Einfluß auf das Handeln gelöst haben.

Wien, 16. November 1916.

Standesfragen.

Von Dr. **Rein,** Oberarzt an der Landesirrenanstalt Landsberg a. W.

Es sollen im folgenden einzelne psychiatrische Standesfragen, die jetzt wohl im Vordergrunde des Interesses aller beamteten Irrenärzte neben den Besoldungsfragen stehen, behandelt werden, und zwar unter Stellungnahme zu nachstehenden Veröffentlichungen der letzten Zeit:

1. Kolb, Zur Reform der Irrenfürsorge. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 47 H. 1-3.
2. Baumann und Rein, Zur Reform der Irrenfürsorge. Allgemeine Zeitschrift für Psychiachiatrie Bd. 76 S. 248.
3. Bericht über die Jahresversammlung des Vereins bayer. Psychiater am 3. und 4. August 1919 zu München. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 70 S. 248.
4. Kolb, Der ärztliche Dienst in den öffentlichen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wochenschrift 1920 Nr. 5-6.
5. Rehm, Ärztliche Organisation der Irrenanstalt. Münch. med. Wochenschr. 1920 S. 610.
6. Vollrath, Bemerkungen zu den Rehmschen Vorschlägen. Psych.-neurol. Wochenschr. 1920 Nr. 13-14.

Ferner sind noch berücksichtigt:

7. Kolbs Rundschreiben an die Direktoren: „Zur gewerkschaftlichen Organisation der beamteten Irrenärzte."
8. Kolbs Referat auf der Tagung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg.
9. Die Denkschrift der bayerischen Anstaltsärzte betr. die Organisation des ärztlichen Dienstes an den Heil- und Pflegeanstalten.
10. Der Entwurf einer Anweisung für den ärztlichen Dienst an den Brandenburgischen Landesanstalten.

Die letzteren Ausführungen sind ja nicht veröffentlicht, ich glaube aber doch, daß sie wohl jedem sich dafür interessierenden Irrenarzte durch seinen Landesverband bzw. durch den Reichsverband zugänglich gemacht werden können.

Durch die Gründung der Standesorganisationen in den einzelnen Ländern und Provinzen und des Reichsverbandes beamteter Irrenärzte sind ja Vertretungen für die Interessen der Anstaltsärzte gegeben und ich hoffe, meine Ausführungen werden Anlaß geben, daß die eine oder die andere der hier behandelten Standesfragen nicht nur in den Standesvereinen, sondern auch vielleicht in schriftlicher, allgemein zugänglicher Erörterung in dem Verbandsorgan weiter besprochen wird.

Ich werde mich bemühen, alles möglichst objektiv zu behandeln, was nicht immer leicht ist für einen älteren Psychiater, der nach mehr als 15-jähriger psychiatrischer Tätigkeit noch keine Aussicht hat, in absehbarer Zeit eine leitende Stellung zu bekommen und also noch immer zu den „jüngeren Ärzten" Kolbs (7) zählt. Durch meine Tätigkeit an mehreren Anstalten in den verschiedensten Gegenden Deutschlands, durch Besichtigung von zahlreichen Anstaltsbetrieben und die dabei sowie bei Versammlungen angeknüpften Beziehungen habe ich guten Einblick erhalten in Dienstverhältnisse mancher Art, und wenn ich im folgenden auf Mißstände hinweise, die mancherorts bestehen oder doch bis vor kurzem noch bestanden haben, so könnte ich dies alles mit Namen sehr wohl belegen, wovon ich natürlich hier Abstand nehme. (Um Mißdeutungen vorzubeugen, bemerke ich, daß die Verhältnisse, unter denen ich jetzt arbeite, fast völlig den gestellten Forderungen entsprechen.)

Wenn wir „jüngeren Ärzte" uns nicht mehr als

ıängige Untergebene der Direktoren ansehen sen wollen und in den Standesvereinen Gleich- 'echtigung mit diesen verlangen, so kann man ; das wohl bei unserem Durchschnittsalter (s. u.) ht verdenken. Der Gedanke der Gründung von ndesorganisationen ist übrigens nicht nur aus ı jetzigen Zeitverhältnissen geboren, er ist durch nur zum Ausbruch gekommen; bereits im Jahre 4 oder 1915 hatten in einem persönlichen Ge- äch der jetzige Vorsitzende des RV., Bau- nn, und ich unsere Meinungen über Gründung :r Standesorganisation zunächst für die Provinz ındenburg ausgetauscht, die damaligen Kriegs- hältnisse ließen natürlich die Verwirklichung :her Pläne noch verschieben, darin waren wir aber schon damals einig, daß der deutsche Ver- für Psychiatrie mit seinen einseitig von Direk- :n besuchten Versammlungen (vergl. meine Aus- 'ungen in Nr. 5-6 dieser Wochenschr. S. 39 und nicht das Forum für die Interessen der Anstalts- :e sein könne.

Aussichten im Berufe der Anstaltspsychiater l zurzeit äußerst ungünstig, zum mindesten was ev. Aufrücken in leitende Stellung betrifft, da- ja auch die allgemeine Forderung nach größerer ıständigkeit der Anstaltsärzte, wovon später h die Rede sein wird. Der Grund für diese Aus- tslosigkeit liegt in der historischen Entwicklung Anstalten bei Fortschritt der Fürsorge für die steskranken. Es gab früher nur verhältnis- ig wenig Anstalten, an denen meist neben dem ktor mehrere Assistenzärzte tätig waren, die tenteils nur vorübergehend bei der Psychia- blieben; neben dem Direktor behielten vielleicht bis zwei Ärzte den Spezialberuf bei und für sie ıben sich dann auch noch ganz günstige Auf- ungsaussichten. Die Errichtung zahlreicher :r Anstalten, besonders im letzten Jahrzehnt vorigen und in den ersten Jahren des neuen 'hunderts, brachten mit einem Male ganz vor- iche Aufrückungsmöglichkeiten für die Anstalts- :hiater, die allerdings mit Zunahme des Baues Riesenanstalten schon bald wieder zurückgin- immerhin waren die Aussichten bis zirka 1910 ı nicht so trostlose, wie jetzt, besonders nach Ent- ıng unserer Anstalten durch die Kriegsjahre. Zustrom zur Anstaltspsychiatrie wurde aber ı dadurch begünstigt, daß wegen des Mangels Ärzten die Gehälter für Assistenzärzte gegen- den übrigen Krankenanstalten recht hoch ge- t wurden; so ließ sich wohl mancher junge verlocken, zur Aufbesserung seiner finanziel- Lage zunächst einmal zur Psychiatrie zu gehen ohne die Absicht, sie dauernd als Spezial- beruf beizubehalten; viele blieben dann dabei, teils aus wirklichem Interesse, teils aber wohl auch nur aus einem gewissen Beharrungsvermögen — ob immer zum wirklichen Vorteil der Psychiatrie mag dahingestellt bleiben; die früher so oft zitierte An- staltskatatonie mag darin wohl eine ihrer Haupt- ursachen haben. — Der Not gehorchend wohl mehr, als dem eigenen Triebe schafften dann die Behör- den in den Anstalten Stellungen, die pekuniär be- trachtet, zwar als Lebensstellungen anzusehen wa- ren, die aber für den Inhaber im allgemeinen beruf- lich wenig befriedigend waren. Was lag da näher, als daß viele derjenigen, welche nicht aus eigenem Antriebe — meist auch autodidaktisch — sich wis- senschaftlichen Arbeiten widmeten, allmählich sich mehr mit ihren Gärten oder sonstigen Nebenbe- schäftigungen zu tun machten und für diese schließ- lich vielleicht mehr Interesse hatten, als für die wissenschaftlichen Seiten ihres Berufes. So ent- stand eine große Menge von Anstaltspsychiatern, die die Verhältnisse, wie sie lagen, hinnahmen und dabei sich ganz wohl und zufrieden fühlten. Leider! — Erst in letzter Zeit rührt man sich und nun mit Macht, neben der pekuniären Lage, mit der allein sich frühere Standeskommissionen beschäftigten; auch die ideelle Lage des Berufes aufzubessern, denn noch gibt es ja mancherorts ganz vorsintflut- liche Verhältnisse an Anstalten, was die dienstliche Stellung der Ärzte betrifft.

Sehen wir uns einmal an der Hand eines Tat- sachenmaterials die Beförderungsverhältnisse an: durch Umfrage an den brandenburgischen Anstalten habe ich von sämtlichen Kollegen Alter, Approba- tionsjahr, psychiatrische Tätigkeit und Beförderun- gen festgestellt. Vorausschicken möchte ich meiner Zusammenstellung einige Worte über die bisherigen Anstellungs- und Beförderungsverhältnisse in der Provinz Brandenburg: Nach einer kurzen Assistenz- arztzeit, die seit 1909 nur ein halbes Jahr betrug, er- folgte die Anstellung als Anstaltsarzt, zunächst noch nicht lebenslänglich; Gehalt richtete sich nach dem Approbationsalter; Anrechnung von früherer psy- chiatrischer Tätigkeit kam für das Beförderungs- dienstalter nicht in Betracht oder nur insoweit, als danach die ev. gleichzeitig angestell- ten Anstaltsärzte untereinander rangierten. Im allgemeinen nach sechsjähriger Tätigkeit als An- staltsarzt erfolgte dann die Anstellung als Ober- arzt (lebenslänglich, später dies auch schon als älterer Anstaltsarzt) — ursprünglich war die Zahl der Oberarztstellen festgesetzt, und kam schon frühere Beförderung vor bei Anstaltseröffnungen, in letzter Zeit nahm das Alter der Anstaltsärzte



aber so zu, daß allmählich die Oberarztstellen nicht mehr zahlenmäßig begrenzt waren und eben jeder, der qualifiziert war, aufrückte. Neben den Oberärzten gibt es dann noch die sog. I. Oberärzte oder Direktorstellvertreter, an großen Anstalten zwei, an kleinen einen; außerdem einen als Bakteriologen in einer Anstalt. (Nach Vorschlag des Standesvereins soll in Zukunft die Stellung des Anstaltsarztes wegfallen, die Assistenzarztzeit drei Jahre betragen unter ev. Anrechnung anderweit verbrachter psychiatrischer Tätigkeit.)

In der Provinz Brandenburg bestehen sechs Irrenanstalten und eine Anstalt für Epileptische, diese sieben zählen als Vollanstalten; daneben bestehen noch vier sog. kleine Anstalten, deren Direktoren gehaltlich und dienstlich nicht denen an den Vollanstalten gleich stehen: eine Idiotenpflegeanstalt, eine Nervenheilstätte, eine Trinkerheilstätte und eine Anstalt für pflegebedürftige und teilweise auch psychisch abnorme Fürsorgezöglinge.

An diesen Anstalten sind zurzeit 61 Ärzte tätig: 11 Direktoren, 16 I. Oberärzte, 27 Oberärzte, 6 Anstaltsärzte, 1 Assistenzarzt. Das Alter der Direktoren ist 51 bis 56 Jahre, das der I. Oberärzte 41 bis 51 Jahre, das der Oberärzte, 33 bis 44 Jahre, das der Anstaltsärzte 31 bis 35 Jahre. 45 von diesen Ärzten sind zehn Jahre und länger Psychiater.

Bei der nun folgenden Zusammenstellung über Beförderungsalter müssen vier Oberärzte in Wegfall kommen, da sie erst seit 1919 oder 1920 aus den abgetretenen Gebieten (Westpreußen, Elsaß) in den Provinzialdienst übernommen sind und somit für die eigentliche Beförderung im brandenburgischen Dienst nicht in Betracht kommen, höchstens insofern, als durch ihre Einstellung für die jüngeren brandenburgischen Ärzte die Beförderungsmöglichkeit künftig noch verringert werden kann; eine diesbezügliche Regelung ist bisher noch nicht erfolgt. Nur zwei der somit bleibenden 57 Ärzte sind kürzer als fünf Jahre im Provinzialdienste.

Die größere Hälfte der Provinzialärzte wurde im ersten Jahre nach der Approbation Psychiater, das ist meist nach Erledigung der Militärpflicht, nämlich 32; 9 wandten sich nach zweijähriger, 9 nach drei- und vierjähriger, 6 nach fünf- bzw. sechsjähriger, einer erst nach zehnjähriger anderweitiger ärztlicher Tätigkeit der Psychiatrie zu. Sofort im Provinzialdienst begannen 29 ihre psychiatrische Tätigkeit; bei Eintritt in den Provinzialdienst standen im ersten oder zweiten Jahre ihrer psychiatrischen Tätigkeit 19 Ärzte, im dritten oder vierten Jahre 5, im fünften bis siebenten Jahre 4. Alle diese sind, wie oben erwähnt, im Nachteil bezüglich der Beförderung in der Provinz, da die außerhalb verbrachte Dienstzeit nicht angerechnet wird; aus- schlaggebend für die Beförderung ist aber das Jah in welchem ein Arzt in den Provinzialdienst trat ganz besonders auch im Hinblick auf die Eröffnun neu erbauter Anstalten.

Diejenigen Ärzte, welche bis 1895 in den Provi zialdienst traten, sind bis auf einen, Direktor v großen Anstalten. In diese Stellung kamen sie b 1901 im Alter von 34 und 36 Jahren nach sieb und acht Jahren Provinzialdienst (2), bis 1914 Alter von 41 bis 47 Jahren nach 15 bis 19 Jahr Provinzialdienst (3), 1919 aber erst im Alter v 51 Jahren (2) nach 24 bzw. 27 Jahren Provinz dienst. Die vier Direktorstellen an den kleinen A stalten wurden erst 1918 bzw. 1919 geschaffen, d Inhaber erhielten dieselben in einem Lebensal von 49 bis 53 Jahren, nach 20- bis 23 jährigem P vinzialdienst.

Bei der Beförderung zum I. Oberarzte er sich folgende Tabelle:

Befördert in den Jahren	Alter im Durchschnitt Jahre	Bei Beförde... im Durchschni... Dienstzeit in d... Provinz...
1895—1900	33	5,8 Jahre
1901—1905	36	9,7 „
1906—1910	39	9,8 „
1911—1915	39	10,1 „
1916—1920	43	13,4 „

Die in der Provinz zurzeit vorhandenen Oberärzte (ohne die von Westpreußen usw. üb nommenen) haben ein Dienstalter von 7 bis Jahren, es ergibt sich folgende Zusammenstellu

Eingetreten in den Provinzialdienst	Anzahl	Oberarzt geworden in den Jahren	Jetzige... Alter im Durchsch... Jahre
vor 1908	3	1912—14	46
1908	3	1914—15	42
1909	4	1915—16	40
1910	3	1917	39
1911	4	1917—19	38
1912	2	1919	38
1913	4	1919—20	35

Diese Zusammenstellungen beweisen zur nüge, wie sich die Aussichten auf Beförderung Laufe der Jahre verschlechtert haben; unsere ä sten Direktoren erhielten diese Stellung in ei Lebens- und Dienstalter, in dem jetzt die jün Oberärzte stehen. Eine Vermehrung der Bef

ungsstellen, wozu ich auch die der I. Oberärzte echnen will, ist nicht zu erwarten, also muß man uf Abgang der Vorgesetzten warten; da diese aber och alle in rüstigem Alter stehen, kann sich jederıann ausrechnen, daß ein Freiwerden einer Direkoren- und entsprechend einer I. Oberarzt-Stelle so icht nicht erfolgt, selbst wenn die 65-Jahresgrenze ir Beamte allgemein eingeführt wird, und nicht ıehr wie früher Direktoren bis ins hohe Greisenlter in ihrer Stellung verbleiben. Wir älteren berärzte mit 40 oder gar noch mehr Jahren, die ir größtenteils nicht etwa infolge Disqualifikation bergangen sind, sondern dem Dienstalter nach och nicht an der Reihe zur Beförderung waren, önnen vielleicht damit rechnen, im Alter von 55 is 60 Jahren eine Direktorenstelle zu erhalten, die ingeren noch später; dann aber ist man zu alt dau, und mancher wird wohl dann lieber verzichten, elbst bei der wenig angenehmen Aussicht, einen ingeren Vorgesetzten zu erhalten.

Die ärztliche Leitung der Irrenanstalten

t eine für Psychiater so selbstverständliche Forerung, daß hier darüber nicht zu sprechen sein ürde, wenn nicht in den Auslassungen Vollaths (6) und Kraepelins (3) eine große Gehr für Beibehaltung der selbständigen ärztlichen eitung läge.

Vollrath verlangt ein Direktorium aus zwei ztlichen und einem nichtärztlichen Mitgliedern, arin liegt, auch wenn er es nicht besonders ausricht, daß diese drei koordiniert sein ollen. Ein mehrköpfiges Direktorium wird niemals ne einheitliche Leitung gewährleisten, und gar e Forderung eines gleich gestellten Betriebsleiters ist für Irrenanstalten ein Uning und kann nur aufgestellt werden von einem ngen Kollegen, der wie Vollrath noch recht enig praktisch psychiatrische Erfahrung hat; woer soll sie ihm auch kommen, da er erst 1914 zur sychiatrie kam und während des Krieges fast uernd in Lazaretten tätig war, also den eigenthen Anstaltsbetrieb überhaupt nicht kennen lern konnte; man kann also diese Forderung Vollaths wohl ohne weiteres als abgetan betrachn, zumal ja sogar die Verwaltungsbeamten der eußischen Provinzen auf der Tagung des Zentralrbandes preußischer Provinzialbeamter in Hanver anerkannt haben, daß die Eigenart der Irrenıstalten, die teilweise Ausführung des ganzen Beiebes mit Kranken usw. die Beibehaltung der ärzthen Leitung erforderlich mache.

Aber auch in Kraepelins Forderung, die ztliche Leitung jährlich unter den älteren Oberärzten wechseln zu lassen, liegt die große Gefahr, daß der ständig bleibende Betriebsleiter sehr bald, wenn auch nicht dem Namen nach, so doch tatsächlich die Oberhand gewinnt. Kraepelin als Kliniker, der nie an einer Anstalt mit großem, besonders landwirtschaftlichem Betriebe selbst tätig gewesen ist, und dessen Hauptaugenmerk stets auf die wissenschaftliche Seite der Psychiatrie gerichtet war, hat wohl nicht die praktische Erfahrung und den richtigen Überblick darüber, wie vielseitig und vielgestaltig ein solcher Betrieb ist, in wie viele Betriebsfragen sich der Direktor einarbeiten muß, was bei fortwährendem Wechsel jeder immer wieder von neuem tun müßte. Denn sollen auch nach den später zu erörternden Forderungen alle Anstaltsärzte über die wichtigen Betriebsfragen auf dem Laufenden gehalten werden, so ergibt sich doch für den verantwortlichen Leiter eine verwaltungstechnische Leistung, die Übung und Erfahrung verlangt, wie sie bei einem häufigen Wechsel in der Person des Leiters nur unvollkommen, wenn überhaupt, gewonnen werden können. Dazu kommt, daß ein Personalwechsel nur zu leicht auch einen Wechsel im System mit sich bringen kann, was wohl durchaus nicht immer im Interesse der Anstalt liegen würde. Jedenfalls muß man hierin eine ernste Gefahr erblicken, daß der wechselnde Direktor in eine gewisse Abhängigkeit von dem Verwaltungspersonal gerät.

Die Stellung des Direktors

muß unbedingt erhalten bleiben, wenn sie auch nicht mehr die patriarchalisch-autokratische sein soll wie bisher, sondern mehr kollegial zu den übrigen angestellten und selbständigeren Ärzten; der Direktor sei eher, wie Alzheimer es auf dem bayer. Psychiatertag in Würzburg 1906 verlangte, primus inter pares unter den Oberärzten, dabei soll er aber tatsächlich die Leitung des Ganzen in der Hand haben, ohne daß er dabei in autokratischer Weise den selbständigen Ärzten befiehlt. Beratend auf Grund anerkannter wissenschaftlicher Tüchtigkeit und praktisch-psychiatrischer Erfahrung soll er die allgemeinen Richtlinien für die Krankenbehandlung aufstellen, dabei den wissenschaftlich tüchtigen und erprobten Ärzten in der Einzelbehandlung möglichst freie Hand lassen, nur unbegründete oder das Wohl der Kranken, wie auch das Ansehen der Anstalt gefährdende Eigenbrödeleien einzelner hintanhalten. Als erfahrener Psychiater wird der Direktor sich leicht über die einzelnen Kranken seiner Anstalt orientieren können durch Besuche auf den Abteilungen, durch das von den behandelnden Ärzten in der Konferenz zu erstat-



tende Referat über Neuaufnahmen und wichtige Vorkommnisse bei den einzelnen Kranken und an der Hand der Krankengeschichten. Recht gut ist die Notwendigkeit der direktorialen Oberleitung bei möglichst weitgehender Selbständigkeit der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt und begründet in der Denkschrift der bayerischen Psychiater.

Wenn Kolb (1, 3) dem Direktor eine Reihe von Aufgaben psychiatrischer Art, die außerhalb des eigentlichen Anstaltsgebietes liegen, übertragen will, wie Aufsicht über Privatanstalten, Strafanstalten, Fürsorgeanstalten, Hilfsschulen, entlassene Geisteskranke, psychiatrische Beratung der Behörden und vieles andere, wenn er ihn also zum „Kreisirrenarzt" erheben will, so soll man diese an sich schon so umfangreiche Tätigkeit doch lieber von der eigentlichen Anstaltsleitung trennen, wie Baumann und ich es vorschlagen (2). Kolb selbst tut es ja gewissermaßen auch, indem er die eigentliche Anstaltsleitung dem stellvertretenden Direktor übergibt. Wie dieser „Direktor und Kreisirrenarzt" Kolbs noch eine Abteilung der Anstalt übernehmen soll, selbst mit einem doch immerhin noch unselbständigen und wenig erfahrenen Anstalts- oder Assistenzarzt zur Seite, ist mir bei dem Umfang des geforderten Tätigkeitsgebietes unerklärlich. Kolb selbst hat ja dann auch in seiner späteren Veröffentlichung (4) und in seinem Hamburger Referat, worin er sich eng an die Denkschrift der bayerischen Ärzte anschließt, diese außerhalb der Anstalt liegende Aufsichtstätigkeit des Direktors nicht mehr verlangt. Auch scheint ja Kolb durch die Denkschrift von seinem früheren Herrenstandpunkte, der ihn in dem Rundschreiben an seine direktorialen Fachgenossen (7) einen scharfen Trennungsstrich zwischen Direktoren und „jüngeren Ärzten" machen läßt, abgekommen zu sein.

Die rein ärztliche Tätigkeit des Direktors wird wohl durch die zahlreichen verwaltungstechnischen und organisatorischen Aufgaben des Betriebes mehr oder weniger beschränkt werden auf eine kollegial beratende, nur selten wird er, abgesehen vielleicht von Begutachtungen, auch noch zu praktisch ausübender Abteilungstätigkeit kommen können.

Ideal ist es ja, wenn der Direktor nicht nur der praktisch erfahrene Berater seiner Ärzte, sondern auch der wissenschaftlich mitarbeitende und selbst anregende Förderer sein kann. Aber nicht jeder tüchtige und psychiatrisch gut ausgebildete Direktor braucht auch selbst eine wissenschaftliche Größe zu sein, meist wird ihm vielleicht sogar die Zeit zu eigener wissenschaftlicher Arbeit fehlen. Fordern wir nur von unseren Direktoren, daß sie in wohlwollender Weise die wissenschaftlichen Bestrebungen ihrer Ärzte anerkennen und unterstützen, daß sie sich nicht auf den leider auch noch vorkommenden Standpunkt stellen, alle wissenschaftliche Arbeit in den Anstalten sei unnötig, das sei Aufgabe der Universitätskliniken, oder daß sie mit spöttischem Lächeln die wissenschaftliche Tätigkeit ihrer Ärzte bekriteln.

Vor allem ist es ein

kollegiales Zusammenarbeiten

des Direktors mit seinen Ärzten und dieser untereinander, was allen neben dem Wohle der Kranken als vornehmstes Ziel vorschweben muß, und was allein unsere Tätigkeit für alle Teile befriedigend erscheinen läßt. Wenn der Direktor einen Arzt, der in der Krankenbehandlung oder sonstwie abwegig geht, als älterer erfahrener Kollege beratend auf den richtigen Weg weißt, so wird er wohl im allgemeinen viel mehr erreichen, als wenn er als Vorgesetzter kraft seiner Autorität befehlend auftritt. Sollte er wider Erwarten durch kollegiale Beratung und Mahnung nicht zum Ziele kommen, so kann er ja dann die Angelegenheit in der Konferenz zur Sprache bringen (s. u.) und weitere Schritte tun.

Leider läßt sich ja ein kollegiales Verhalten, wie auch die Frage der Ausübung eines Vorgesetzten- bzw. Untergebenenverhältnisses in kollegialer Weise nicht durch Paragraphen regeln. Die ganze Kollegialität ist Sache des auf Gegenseitigkeit beruhenden Taktgefühls und von den Persönlichkeiten abhängig. Hier sprechen ja gerade bei uns Psychiatern, die wir gezwungen sind, nahe beieinander zu wohnen und meist nur auf den gegenseitigen Verkehr angewiesen sind, gewisse Imponderabilien mit, die außerhalb des Dienstes liegen, aber doch nur zu leicht auf diesen hinüberspielen; man darf wohl annehmen, daß die patriarchalischen Verhältnisse, wo die „Frau Direktor" quasi als Mutter der Anstalt auch in dienstlichen Angelegenheiten mitreden zu können glaubte, einer allerdings nicht sehr weit zurückliegenden, aber doch wohl definitiven Vergangenheit angehören.

Die Einschränkung der direktorialen Stellung durch das

Ärztekollegium

in der Art, wie sie Kolb (4) in § 9 fordert, ist m. E. viel zu weitgehend. Aus Kolbs Feder, der doch kurz vorher (7) den „jüngeren Ärzten" alle Erfahrung abgesprochen hat, mutet dieser Paragraph besonders eigen an, und ich bin im Zweifel, ob er wirklich als ein ernster Vorschlag aufzufassen ist

der ob Kolb dadurch, daß er die Forderung der Denkschrift (9) nach beratender Tätigkeit des Ärztekollegiums (bei Vorbehalt der Entscheidung des Direktors) noch steigert und beschließende Tätigkeit auch gegen und über den Direktor fordert, die Mitwirkung des Ärztekollegiums ins Übertriebene verzerren und damit überhaupt als unsinnig hinstellen will. Es erinnert doch geradezu an Räterepublik, wenn Kolb so ins einzelne gehende Bestimmungen aufstellt über Majoritätsbeschlüsse des Ärztekollegiums. Derartige Vorschläge, wenn sie ernst gemeint sind, legen doch einen Schluß nahe auf recht traurige Verhältnisse an gewissen Anstalten, sowohl was einseitige autokratische Handhabung der direktorialen Stellung als auch was eigensinnige und kritiklose Eigenbrödeleien einzelner unfähiger Ärzte betrifft. Und wenn Kolb gar einen Absetzungsbeschluß des Ärztekollegiums gegen den Direktor ausdrücklich vorsieht, klingt das nicht beinahe so, als wolle er damit sagen, es gäbe unter den Anstaltsdirektoren eine ganze Reihe, gegen die dieser Beschluß am Platze wäre? Nun so traurig sind doch wohl die Verhältnisse nirgends! So weitgehende, durch Paragraphen festgelegte Befugnisse des Ärztekollegiums halte ich für übertrieben! Gewiß soll dem Ärztekollegium, d. h. den angestellten Ärzten eine mitwirkende und beratende Stellung eingeräumt werden, mehr als es bisher vielleicht schon an manchen Anstalten der Fall war. Der Direktor soll verpflichtet sein, in der täglichen Konferenz die wichtigen Eingänge zur Besprechung zu stellen, hier seine Ansichten über Krankenbehandlung und sonstige Anstaltsangelegenheiten in sachlich begründeter Weise vorzubringen, und berechtigt, der Rechenschaft über die Tätigkeit der selbständigen Ärzte zu verlangen; die Pflicht der Ärzte andrerseits ist es, hier über alle wichtigen Vorkommnisse bei ihren Kranken und auf den Abteilungen, über besondere Behandlungsmethoden, Beobachtungen u. dergl. zu berichten, dafür haben sie aber auch das Recht freier Meinungsäußerungen über alle in der Krankenbehandlung und im Betrieb vorkommenden und sonst den Beruf und die Anstalt betreffenden Fragen, sowohl dem Direktor gegenüber, als auch gegenüber den anderen Kollegen. So entsteht meines Erachtens eine gewisse kollegiale Kontrolle, die zu freiem Meinungsaustausch, zu Mitberatung aller führt, die Entscheidung liegt aber bei dem Direktor. Ich glaube doch, daß ein objektiv denkender Direktor sich von sachlich begründeten Meinungsäußerungen eines oder mehrerer Kollegen bezüglich Krankenbehandlung oder sonstiger Angelegenheiten wird überzeugen lassen, auch ohne daß es zu einem Majoritätsbeschluß des Ärztekollegiums zu kommen braucht. Andrerseits wird dadurch, daß auch der Direktor seine abweichende Meinung besonders bezüglich etwaiger abweichender Krankenbehandlung begründen muß, die Unterdrückung wohl überlegten selbständigen Vorgehens der Ärzte hintangehalten. Die freie Meinungsäußerung aller Ärzte wird wohl in den meisten Fällen zum Nachgeben vielleicht sogar zur Einsicht einer widersprechenden Ansicht führen. Sollten sich dauernde Differenzen zwischen Direktor und Ärzten oder zwischen einem Arzte und den übrigen Kollegen ergeben, so kann ja immer von Fall zu Fall die vorgesetzte Behörde bzw. der Medizinalreferent um Entscheidung angerufen werden oder der alleinstehende Teil kann die Konsequenzen ziehen und eine Versetzung beantragen.

Mögen sich die Konferenzen vor allem immer auf sachlicher und wissenschaftlicher Höhe erhalten und nicht in kleinliche Schwätzereien ausarten; daß nicht über jeden Anfall eines Epileptikers oder über jedes Kotschmieren eines Paralytikers berichtet wird, wie es früher wohl vielfach geschah und von Hopf (diese Wochenschr. 1907 S. 136) einst in so sarkastischer aber leider wahrer Weise beschrieben wurde, ist ja jetzt wohl selbstverständlich.

Sehr zu begrüßen ist es, wenn sich an die Besprechung in der Konferenz in wichtigen und interessanten Fällen auch eine gemeinsame Untersuchung des betreffenden Kranken anschließt; regelmäßige gemeinsame Krankenvisiten führen nur zu leicht zu einem zwecklosen und Zeit vergeudenden Hindurchlaufen durch die Abteilungen.

Die Abhaltung sogenannter Wirtschaftskonferenzen, gemeinsam mit den Leitern der einzelnen Betriebszweige in wöchentlichem oder vielleicht auch nur monatlichem Turnus halte ich trotz vielfach gehörter Gegenäußerungen doch für recht zweckdienlich. Einmal können sich die Ärzte so viel besser über sie interessierende Fragen des Betriebs orientieren, und dann kommen doch wohl in allen Anstalten öfters kleinliche Schikanen der Betriebsbeamten gegen die Ärzte oder Mißverständnisse vor, die vom Direktor nicht immer in befriedigender Weise beseitigt werden, so daß es oft den Anschein erweckt, als stehe der Direktor mit den Betriebsbeamten gegen die Ärzte; in den Wirtschaftskonferenzen könnten derartige Differenzen wohl am besten zur Sprache und zur Schlichtung gebracht werden.



Sehr umstritten ist die Stellung des

stellvertretenden Direktors.

An vielen Anstalten kennt man diese Sonderstellung überhaupt nicht, da ist eben der dienstälteste Oberarzt ohne weiteres Stellvertreter des behinderten oder abwesenden Direktors, als solcher mit direktorialen Rechten, im übrigen aber den andern angestellten Ärzten völlig gleichgestellt. Diese Einrichtung läßt sich zweifellos in allen Anstalten bis zu 800 Kranken durchführen, Krankenzahl und Betrieb sind dann nicht so groß, als daß nicht der Direktor einen Überblick haben und alle direktorialen Geschäfte selbst erledigen könnte, zumal wenn er den Ärzten die geforderte Selbständigkeit einräumt. Anders wohl in großen Anstalten mit 1000 und mehr Kranken, hier wird der Direktor einen Teil der direktorialen Funktionen einem oder ev. auch zwei Stellvertretern übertragen müssen, die dann auch bis zu gewissem Grade, d. h. bezüglich der ihnen übertragenen Funktionen als Vorgesetzte der übrigen Ärzte anzusehen sind, in ihrer daneben weiter bestehenden Eigenschaft als Ärzte einer kleinen Abteilung sind sie natürlich den anderen gleichgestellt. Immerhin wird diese Stellung eines weiteren, wenn auch nur bedingten Vorgesetzten für die übrigen Ärzte manches Mißliche haben und sie sollte nach Möglichkeit nur auf die größten Anstalten beschränkt werden.

Eine andere Frage ist die des Gehalts: durch Anstellung eines oder mehrerer Direktor-Stellvertreter an allen Anstalten, die in eine Besoldungsklasse zwischen Oberärzten (festangestellten Ärzten) und Direktor einzureihen wären, ergibt sich einmal ohne weiteres für den Direktor eine höhere Klasse, dann aber auch für die Ärzte eine größere Aufrückungsmöglichkeit.

So steht in der Frage des Direktor-Stellvertreters dem berechtigten Wunsche nach einer Beförderungsstufe die ebenso berechtigte Befürchtung einer Anhäufung von Vorgesetzten gegenüber. Ein Ausgleich wäre vielleicht in der Weise zu schaffen, daß für eine bestimmte Zahl der ältesten und dazu qualifizierten Oberärzte (sagen wir ein Drittel bis einhalb aller in der betreffenden Provinz vorhandenen Oberarztstellen) die höhere Gehaltsklasse zu fördern wäre, ohne daß damit eine Vorgesetzteneigenschaft gegenüber den anderen Oberärzten verbunden ist, so etwa wie es bei den Richtern in Preußen der Fall ist; diesen älteren Ärzten können ja dann besondere Funktionen, unabhängig von einem Vorgesetztenverhältnis, übertragen werden.

Die Stellung eines

externen Oberarztes

ist eine Forderung, die wohl noch bisher an wenigen Anstalten durchzuführen sein wird, da die Voraussetzungen dafür, die organisierte Beaufsichtigung der außerhalb der Anstalt befindlichen Kranken und Psychopathen, der Hilfsschulen, Fürsorgeanstalten usw. noch fehlt.

Bedenklich erscheint mir der Vorschlag Kolbs, daß der externe Oberarzt wöchentlich einmal alle Abteilungen der Anstalt besuchen und sich dabei selbst die zu entlassenden Kranken aussuchen soll; das wird doch sicher sehr bald zu Konflikten führen, da es mit Recht als eine Einmischung in den internen Dienst der einzelnen Abteilungsärzte empfunden werden würde; so weit muß meines Erachtens der Einfluß des Direktors und der Besprechungen in der Konferenz gehen, daß kein Arzt entlassungsfähige Kranke unnötig auf seiner Abteilung behält; die Visiten des Direktors und der anderen Kollegen bei Vertretung bieten im Verein mit der kollegialen Besprechung in der Konferenz dafür die gegebene Kontrolle. (Schluß folgt.)

Für unsere Medizinstudierenden.

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler.**

Zu den von verschiedensten Seiten gemachten Vorschlägen, in den ohnehin überlasteten Studienplan des Mediziners noch Psychologie und Philosophie einzufügen, macht A. Hoppe, Rinteln, Kuranstalt Parkhof, beachtenswerte und treffende Bemerkungen (Münch. med. Wochenschr. 1920 S. 294). Er gibt zu, daß eine Vorlesung von vier Wochenstunden nützlich sein kann, da sie dem Studenten zum mindesten von Anfang an zum Bewußtsein bringen würde, daß zum Menschen auch die Psyche gehört, nicht nur das, was sich von ihm in Spiritus oder Kanadabalsam aufheben läßt. (Dieses Bewußtsein dürfte übrigens nur sehr vereinzelten Studierenden fehlen.) Hellpach hofft, daß sie ihm außerdem noch eine Ahnung von der Eigenart und Eigengesetzlichkeit des Geistes bieten wird, und Hoppe bemerkt dazu: um so besser. Hier schon scheiden sich die Meinungen. Ich z. B.

enne überhaupt keine „Eigenart und Eigengesetzchkeit des Geistes" und halte es mit Bleuler, em die Gesetze der zentralnervösen Vorgänge uch die psychischen Gesetze sind, gehe sogar weier als Bleuler; ich habe schon wiederholt zu agen Gelegenheit genommen, wie und wann und oher eigentlich ein Geist, eine Seele oder das 'sychische in die Zelle während ihrer Entwicklung us der Ektodermzelle zur Nervenzelle plötzlich ineinfährt; das Geistige ist vielmehr schon in der eimzelle vorhanden. Doch Hoppe selbst hält lles, was über jenes hinaus vom Studium der Psyhologie erwartet wird, für übertrieben oder zum enigsten auf andere Weise erreichbar; z. B. erde die Lehre von den Beobachtungsfehlern am esten im Zusammenhang mit der von den Halluinationen und Illusionen abgehandelt. Nach meier Meinung genügt es vollständig, wenn dem Meiziner normale Seelenkunde im Zusammenhang it Psychiatrie gelehrt wird. Gerade die Vereiniung der Lehre vom gesunden und kranken Seelenben nebst den anatomischen Grundlagen vertieft ein psychologisches Wissen und erweitert sein Verändnis für Probleme des Seelischen, wie es der ichtmedizinische Psychologe kaum erreicht. Manhe Lehrbücher der Psychiatrie haben bereits eine inleitung über die normalen Seelenfunktionen, der ozent wird das Psychopathologische dem Lernenen gar nicht verständlich machen können, wenn r nicht vorher das Normale behandelt, und man rinnere sich doch, wie die Grenzzustände gar icht isoliert und einseitig geschildert werden können; wie unendlich viel Psychologie steckt in der ehre von den Grenzzuständen, von der Hysterie, en Neurosen, den Entarteten! Wieviel z. B. in leulers Arbeiten über Affektivität? Dagegen ommen Experimentalpsychologie, Psychometrie, sychotechnik, psychologische Prüfung der Beufseignung gar nicht auf.

Daß mit psychologischem Wissen nicht psychogischer Takt und Menschenkunde eingeimpft ird, ist klar. Letzteres erwerben und besitzen iele, die nie ein Lehrbuch der Psychologie gechaut. Das ist eben Anlage und Neigung.

Und nun gar Philosophie, d. h. Weltanschauungslehre! Welche von den vielen Weltanschauungen? Welche von ihnen kann sich rühmen, in er Gegenwart als Führerin aufgetreten zu sein und erhindert zu haben, daß die halbe Menschheit uf dem Kopfe steht? Sie sind für das Studium der ledizin gänzlich überflüssig. Auch Hoppe verält sich ablehnend. Oder haben wir sie bei den roßen medizinischen Forschern vermißt, hat die medizinische Wissenschaft darunter gelitten, daß sie zu wenig von Philosophie durchtränkt war? Meinen wir, daß die Medizin infolgedessen in ihrem Fortschritt gehemmt war, daß sie mit Philosophie schneller und weiter fortschreiten wird? Mit nichten. Wer sich für Philosophie interessiert, kann sich darüber aus den zahlreichen gelehrten oder mehr minder populären Werken informieren.

Der Fachlehrer, der seinen wohlbegrenzten, ihm geläufig gewordenen Stoff, meist jahrelang unverändert, vorträgt, läuft überdies leicht Gefahr, die Schwierigkeit zu unterschätzen, welche der Schüler beim Eindringen in mehrere verschiedene Fächer als Neuling zu überwinden hat. Das Gymnasialreifeexamen ist daher bekanntlich das schwierigste Examen, das es gibt.

Aber denken wir doch auch an unsere Studenten? Ein großer Teil, und gerade die tüchtigsten, hat noch nicht die körperlichen und seelischen Erschütterungen des Krieges überwunden. Wer nicht Millionärskind ist, hat mit den Schwierigkeiten der Ernährung, Bekleidung und Unterkunft zu kämpfen. Dazu die fast unerschwinglichen Preise für Lehrbücher und -mittel. Die Kollegiengelder sind Gott sei dank nicht in diesem Maße gestiegen; aber auch hier wird sich Verteuerung geltend machen, wenn immer mehr Arten und Fächer von Vorlesungen aufkommen. Man will sogar Geschichte der Medizin zum Zwangsfach machen und weiß Gott was sonst noch.

Es verrät völligen Mangel an Verständnis für die Nöte der Zeit, wenn man gerade jetzt die Medizin studierende Jugend in so drückender Weise belasten will, und zwar mit Dingen, ohne die wir Älteren seinerzeit ganz gut ausgekommen sind, obgleich vor 30 Jahren der Stoff des medizinischen Unterrichts wesentlich weniger umfangreich war und wir daher auch Psychologie, Philosophie und Geschichte der Medizin ohne Beschwerden verdaut hätten, und obgleich uns kein fast fünfjähriger unerhört furchtbarer Krieg erschöpft hatte, keine Stürme politischen Wahnsinns beunruhigten, kein internationaler Valutagroßschwindel aussaugte und kein Magenknurren quälte.

Begnüge man sich, dem Medizinstudierenden zuvörderst das Wissen und Können aufs gründlichste beizubringen, das er für seinen eigentlichen Beruf braucht und das seine zukünftige Existenz sichert und fördert. Nur dieses Wissen und Können ist es aber auch, womit er den Kranken dient. Das „Ideale" des Berufs findet sich dann ganz von selber.



Bei allem Drange, dem Studenten der Medizin psychologisches, philosophisches Fachwissen einprägen, sollten wir nicht vergessen, daß wir bei ihm selbst gewisse körperliche und seelische Voraussetzungen geschaffen sehen müssen.

Sonst sind wir keine Psychologen!

Mitteilungen.

— Reichsverband. Im Vorstand des Reichsverbandes wurde mit 7 gegen 1 Stimme beschlossen, die vom Bund höherer Beamter geforderten Erklärungen unter dem durch die Veröffentlichung in der Nr. 5-6 der Zeitschrift des Bundes höherer Beamter gegebenen Vorbehalt abzugeben.

Falls die Unterschrift jetzt nicht geleistet worden wäre, wäre der Reichsverband auf dem Vertretertag des Bundes höherer Beamter am 6. und 7. Oktober 1920 in Eisenach ausgeschlossen worden.

Wir fordern demgemäß die Einzelverbände auf, alle Einzelmitglieder zu verpflichten, diese Erklärungen zu befolgen, wobei besonders zu bemerken ist, daß uns die Mitgliedschaft und Betätigung in örtlichen Beamtenvereinen auch weiterhin möglich sein werden, wenn diese davon absehen, uns als Mitglieder des Deutschen Beamtenbundes zu zählen und nicht einen Beitrag von uns für den Deutschen Beamtenbund verlangen.

Wir fügen hierunter noch einmal die Abschrift der Erklärungen sowie den Wortlaut unseres Begleitschreibens bei.

1. Erklärung:

Der . . . . wird seine Mitglieder veranlassen, an keiner Stelle in der Organisation des Deutschen Beamtenbundes mitzuarbeiten, solange der Bund höherer Beamter vom Deutschen Beamtenbund nicht als Mitglied anerkannt wird.

2. Erklärung:

Der unterzeichnete Verein gibt hiermit die Erklärung ab, daß er sich im Deutschen Beamtenbund weder unmittelbar noch durch Vermittlung einer Behördenorganisation („Vertikale Gewerkschaft" oder „Arbeitsgemeinschaft") vertreten lassen wird, solange die Trennung des Bundes höherer Beamter vom Deutschen Beamtenbund besteht.

3. Begleitschreiben:

Landsberg a. W., den 25. September 1920.

An den Bund höherer Beamter.

Anliegend übersenden wir die verlangten Unterschriften. Wir bemerken dazu, daß wir sie nur gegeben haben mit Rücksicht auf die in Nr. 5-6 der Zeitschrift des Bundes höherer Beamter bekanntgegebenen näheren Erläuterungen, nach der nicht verlangt wird, daß die höheren Beamten aus allen im Deutschen Beamtenbund irgendwie vertretenen örtlichen Beamtenvereinigungen ausscheiden müssen, sondern nur beim Deutschen Beamtenbund nicht mitarbeiten, sich nicht als Mitglieder zählen und keinen Beitrag leisten dürfen.

gez. Baumann. gez. Hussels.

— Reichsverband. Über die Einreihung in die B soldungsklassen (siehe auch Wochenschr. Nr. 15-16 19 sind hier noch folgende Nachrichten eingegangen:

Hannover. Gruppe 10: Abteilungsärzte. Gru 11: Oberärzte mit 800 M Stellenzulage als Vertreter d Direktors. Gruppe 12: Direktoren der Heil- und Pfle anstalten, der Rasemühle, des Landarmenhauses W dorf. Gruppe 13: Direktoren der Heil- und Pflege stalten, nach zehnjähriger Dienstzeit in 12. Voraussic liche weitere Regelung: Abteilungsärzte nach sechs J ren Titel und Gehaltsklasse der Oberärzte; Assiste ärzte, Diätare der Gruppe 10.

Westfalen. Gruppe 12-13: Direktoren. Gru 10: Oberärzte. Nach Durchlauf der Gruppe 10 bei B währung Aufstiegsmöglichkeit nach Gruppe 11. D Stellvertreter des Direktors erhält eine Stellenzulage v 2000 M (nicht pensionsberechtigt), Ausgleichszusch wird für die Stellenzulage nicht gewährt. Assiste ärzte: im ersten Jahre 75 v. H., im zweiten Jahre v. H., im dritten Jahre 85 v. H. vom Anfangsgehalt Gruppe 10, sodann bei Bewährung Beförderung z Oberarzt. Für den Assistenzärzten gewährte Unt kunft, Verpflegung, Heizung und Beleuchtung werden auf weiteres 15 M täglich auf das Diensteinkommen gerechnet.

Anhalt (Bernburg). Gruppe 12: Direktor Gruppe 11: Oberärzte. Gruppe 10: Anstaltsärzte.

Hessen-Nassau. Gruppe 10: Assistenzär Anfangsgehalt 8400 M mit drei Aufrückungsstufen zwei Jahren bis 10 000 M. Gruppe 10 a (aus 10 und Oberärzte, Anfangsgehalt 8400 M, Höchstgehalt 14 50 Gruppe 12 a (aus 11 und 13): Direktoren der großen stalten 9700 bis 18 400 M, zweijährige Aufrückungsst Zum Gehalt kommt der Ortszuschlag. Abzüge Dienstwohnungen, Garten, Licht und bei den Direkto für die bisherige freie Wagenbenutzung.

Ostpreußen. Gruppe 12: Direktoren. Gru 11: Gehobene Oberärzte. Gruppe 10: Anstaltsär Der Stellvertreter des Direktors erhält in Gruppe eine Funktionszulage von 600 M. Assistenzärzte er ten im ersten Jahre 90 v. H., im zweiten Jahre 95 v des Gehaltes der Anstaltsärzte. Zweijährige rückungsstufen. Ortszuschlag wie im Reich, Abzüge Dienstwohnungen, Garten und Licht. Den Dienstw nungsinhabern wird auf den ihnen zustehenden Orts schlag, falls das Anfangsgrundgehalt ihrer Besoldu gruppe 7000 M nicht übersteigt, 30 v. H., falls es 7000 M, nicht 11 000 M übersteigt, 40 v. H., im übrigen 50 v des für sie in ihrer Besoldungsgruppe erreichb höchsten Ortszuschlages einschl. Ausgleichszuschl

ngerechnet. Die Kinderbeihilfe beträgt bis zum vollndeten fünften Lebensjahre monatlich 40 M, bis zum ollendeten 14. Lebensjahre monatlich 50 M, bis zum ollendeten 21. Lebensjahre monatlich 60 M. — Gruppe 1: Oberärzte. Gruppe 11: Oberärzte in gehobener tellung. Schlußgruppe (9700 bis 18 400 M Grundgehalt): irektoren. Assistenzärzte beziehen als Stellenanwärter 380 bis 7980 M Grundgehalt. — Direktoren: Dienstohnungen 720 M, Feuerung 500 M, Beleuchtung 140 M, rznei 20 M, Gartenland 80 M. Oberärzte: Dienstwohngen 720 M, Feuerung 400 M, Beleuchtung 120 M, rznei 20 M, Gartenland 60 M. Für Gartenarbeiter jährch 10 M mit der Maßgabe, daß außerdem von ihm geistete Arbeiten im Hause stundenweise mit je 6 Pf. beihlt werden sollen, weibliche Kranke werden nach öglichkeit für täglich 50 Pf zu besonderen Leistungen Väsche) zur Verfügung gestellt. In den Anstaltswerkätten wird gegen Ersatz des Materials und stundeneise Bezahlung (6 Pf.) gearbeitet.

Provinz Sachsen. Gruppe 10: Ordentliche rzte. Gruppe 11: Oberärzte. Stellvertreter der Direkren ruhegehaltsfähige Stellenzulage von 1500 M. ruppe 12a: Direktoren (11 200 bis 20 000 M), Aufckungszeit 16 Jahre. Dazu Ortszuschlag undAuseichszuschlag; Kinderbeihilfen bis zum vollendeten Jahre 40 M monatlich, bis zum vollendeten 14. Jahre M monatlich, bis zum vollendeten 21. Jahre 60 M onatlich. Für Feuerung wird der zehnfache Betrag s bisherigen (1100 M) abgerechnet. Für Beleuchtung ird der fünffache Betrag des bisherigen (450 M) abrechnet. Dienstwohnung wird angerechnet bei Grundhalt von 7000 M 30 v. H., 7000 bis 11 000 M 40 v. H., rüber hinaus 50 v. H. des Ortszuschlages.

Braunschweig (Königslutter). Entwurf. uppe 10: Anstaltsärzte 8400 bis 12 600 M. Oberärzte hlen. Gruppe 11: Stellvertretende Direktoren 9700 s 14 500 M. Gruppe 12: Direktor 11 200 bis 16 800 M. e Regelung der Emolumente ist ebenfalls noch nicht dgültig erfolgt.

Rheinprovinz. Gruppe 11: Oberärzte. Grundhalt 8400, 9200, 10 000, 10 800, 11 600, 12 400, 13 100, 800, 14 500 M in 12 Jahren. Dazu der Ortszuschlag ch den einzelnen Teuerungsorten A, B, C, D, E. uppe 12: Direktoren (11 200 bis 16 800 M). Für Veregung, Heizung und Beleuchtung, Nutzung von Gart usw. werden den Beamten angemessene Beträge f das Dienstgehalt angerechnet.

Mecklenburg-Strelitz. Gruppe 10: Direk' und Oberarzt. Für die Dienstwohnungen wird die lfte des sonst zustehenden Wohnungsgeldes vom Gelt abgezogen. Die frühere freie Heizung und Beleuchg fällt weg. Gartennutzung ist frei. Für einen uskranken wurden bisher monatlich 2 M bezahlt.

Lübeck. Gruppe 10: Anstaltsärzte. Gruppe 11: erärzte. Gruppe 12: Direktoren. Dienstalterszulagen d mit zweijähriger Aufrückungsfrist, Endgehalt in uppe 10 und 11 in 14 Jahren, in Gruppe 12 in 12 Jah. Für Dienstwohnungen werden, falls das Anfangshalt der Besoldungsgruppe 7000, aber nicht 10 500 M übersteigt, 40 v. H., im übrigen 50 v. H. des in der Besoldungsgruppe erreichbaren höchsten Ortszuschlages einschl. des auf diesen entfallenden Teils des Teuerungszuschlages angerechnet. Abzüge für Heizung und Beleuchtung usw. stehen noch nicht fest. Sie sollen jährlich von der Beamtenkommission des Senates festgesetzt werden. Die Beamten der Krankenanstalten erhalten für sich freie ärztliche Behandlung in der Anstalt, freie Arznei und sonstige Heilmittel sowie auf ärztliche Anordnung freie Verpflegung in einer Krankenabteilung, ohne Anrechnung auf das Grundgehalt. Heilungskosten, die Beamten infolge von Verletzungen, Erkrankungen oder Beschädigungen erwachsen, die im Dienst erlitten sind, werden ohne Gehaltsabzug auf Staatskosten übernommen. Bei der Besoldungsreformrevision soll erstrebt werden 1. eine Milderung der Wohnungsabzüge, 2. soll die Aufrückungsmöglichkeit der Anstaltsärzte nach Gruppe 11 nach zehn Dienstjahren verlangt werden für den Fall, daß sie andern Beamten, wie Oberlehrer, Richter usw., zugestanden wird, was wahrscheinlich ist.

Brandenburg. Gruppe 13: Direktoren der Heil- und Pflegeanstalten. Gruppe 12: Direktoren der kleineren Pflegeanstalten, Sanatorien usw. Gruppe 11: Sämtliche fest angestellten Ärzte (Oberärzte). Die stellvertretenden Direktoren erhalten eine Funktionszulage von 1200 M. I. A.: Dr. Hussels.

Referate.

— **Die Ausbildung des Pflegepersonals.** Von San.-Rat Direktor Dr. Wickel, Haina (Kloster). „Die Irrenpflege" XXIV, Nr. 5, August 1920.

Nach einem Rückblick auf die Strebungen nach besserer Ausbildung des Irrenpflegepersonals und Einführung einer obligatorischen Prüfung während der letzten 25 Jahren kommt Wickel zu folgendem Ergebnis: „Die bessere Gestaltung der Lage des Pflegepersonals hat es auch bodenständiger gemacht, und die ganzen modernen Anschauungen drängen geradezu, wie bei der allgemeinen Krankenpflege, auch bei der Irrenpflege nach einem obligatorischen, offiziellen Examen, welches dem Publikum mit eine Gewähr dafür gibt, daß seine Kranken einem guten, durchaus geschulten und unterrichteten Pflegepersonal anvertraut sind."

Er bestreitet dann die Auffassung, daß das Irrenpflegepersonal die eingehende Ausbildung in der Pflege körperlich Kranker nicht brauche. „Es kann gar nicht gut genug ausgebildet sein . . . ." Er fordert, daß man nicht bei halben Maßregeln stehen bleibe, daß vielmehr die öffentlichen Irrenanstalten dahin streben müssen, als Krankenpflegeschulen staatlich anerkannt zu werden. „Jeder Pfleger und jede Pflegerin muß sich an dem Lehrgang beteiligen und sich dem Examen unterziehen."

Auf den § 6 der „Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen" wird hingewiesen: „Personen, welche eine der im § 5 Nr. 6 bezeichneten Krankenpflegeschulen nicht besucht haben, können ausnahmsweise zur Prüfung zugelassen werden, wenn sie

den Nachweis einer mindestens gleichartigen Ausbildung in der Krankenpflege beibringen."

— **Report from Pathological Departement and the Departement of clinical Psychiatry Central Indiana Hospital for Insane** 1913-1914 and 1914-1915, Vol. VI, U. S. A.

Derselbe enthält auch heuer wieder soviel Wissenswertes nicht nur für die Medizinstudenten, sondern auch für die praktischen Ärzte, daß auch sie großen Nutzen für Theorie und Praxis daraus schöpfen können.

Die einzelnen Teile des vorzüglichen Werkes sind sehr gut durchgearbeitet, insbesondere die Abhandlung des Kollegen Bahr, Ziehens Amentia betreffend, und die Arbeiten über Pathologie des Kollegen Frederick Potter M. D. Das Werk zeigt auch heuer wieder den Fleiß und den Geist, mit welchen alle Kollegen, allen voran der nimmermüde Superintendent Edenharter, M. D., bei der Sache sind.

Dr. Anton Hockauf, Klosterneuburg.

Buchbesprechungen.

— Krafft-Ebing, R. von, Hypnotische Experimente. 3. Auf. Mit einem Vorwort von A. Moll. 51 S. Stuttgart 1919, F. Enke. Brosch. 3,00 M.

Moll begründet die erneute Ausgabe dieser Schrift über einen seinerzeit viel diskutierten Fall mit der musterhaften Gewissenhaftigkeit in Beobachtung und Darstellung v. Krafft-Ebings und damit, daß die noch heute ungelöste Frage der „suggestiven Verwandlung einer Versuchsperson in verschiedene Altersstufen" darin an einem instruktiven Fall zur Sprache kommt.

— Baisch, Prof. Dr. K., Stuttgart, Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung. 3 Aufl. 250 S. Mit 97 zum Teil farbigen Abbildungen. Leipzig 1919, Verlag von Georg Thieme. Geb. 7,20 M und 60 v. H. Teuerungszuschlag und jeweiliger Sortimentsteuerungszuschlag.

Die kurzgefaßte und doch erschöpfende Behandlung des Stoffs macht das Buch zu einem ebenso nützlichen wie sympathischen Hilfsmittel der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis. Zweckmäßig ist auch die Anatomie und Topographie der weiblichen Generationsorgane aufgenommen und ein Abschnitt: Diagnostische Hilfsoperationen und Bakteriologische Untersuchung. Die Abbildungen sind sehr anschaulich.

Zumal bei dem niedrigen Preise kann man das Buch für unsere Anstaltsbibliotheken zur Einreihung neben der Fachliteratur bestens empfehlen, da doch gerade zu gynäkologischen Untersuchungen oft Anlaß vorliegt.

B.

— Böhm und Oppel, Taschenbuch der mikroskopischen Technik. Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung der Gewebe und Organe der Wirbeltiere und des Menschen unter Berücksichtigung der embryologischen Technik. Mit einem Beitrag (Reko-

struktionsmethoden) von Gustav Born. 8. umgearbeitete ind erweiterte Auflage von B. Romeis. 439 S. München und Berlin 1919, R. Oldenbourg. Geh. 16,50 M zuzügl. 10 v. H. Teuerungszuschlag, geb. 18,20 zuzügl. 0 v. H. Teuerungszuschlag.

In dieser dem Andenken Böhms gewidmeten achten uflage dieses bekannten Taschenbuchs sind eine Reihe on Abschnitten neu aufgenommen worden, so die Unteruchung der Plastostomen, des Golgischen Binnenappaates, der Pigmente, der innersekretorischen Organe, r Nachweis von Fermenten, von anorganischen Subanzen. Andere Abschnitte sind wesentlich umgeändert d erweitert. Der Abschnitt über experimentelle, enticklungsmechanische Technik konnte nicht mehr aufommen werden, da er bei dem heutigen Stand unserers issens zu umfangreich geworden wäre.

Der Untersuchung des Nervensystems sind Seiten gewidmet. Ein sehr ausführliches Literaturrzeichnis (etwa 40 Seiten), Autoren- und Sachregister beigegeben. Ferner eine Übersichtstabelle über einige gebräuchlichsten Fixierungsflüssigkeiten.

Das Buch verdient auch in Laboratorien der Irren- Nervenheilanstalten einen bevorzugten Platz. B.

— Lemke, Dr. phil. H., cand. med. in Jena, Repetitorium der Krebskrankheiten. 31 S. (Breitensteins Repetitorien Nr. 34.) Leipzig 1919, Verlag von Joh. Ambr. Barth. 1,65 M, geb. 3,40 M und Sort.-Zuschl.

Eine ganz nützliche Zusammenstellung unter den Kapiteln: Was versteht man unter Krebs; Vorkommen und Verbreitung des Krebses; Wie entsteht der Krebs; der Krebs beim Mann, der Krebs bei der Frau; Krebsbekämpfung durch Aufklärung. B.

— Lehrbuch der Psychiatrie. Bearbeitet von E. Schultze, A. Westphal, A. Hoche, R. Wollenberg und den Herausgebern O. Binswanger und E. Siemerling. 5. verb. und verm. Auflage. Mit 9 Abb. im Text. 458 S. Jena 1920, Gustav Fischer. Preis brosch. 14,50 M, geb. 20 M.

Über dieses sog. Sechsmänner-Lehrbuch der Psychiatrie braucht Neues nicht gesagt zu werden. Erstens sind die Herausgeber als kritisch bekannte Forscher und Lehrer, die den Stoff gründlich durchsiebt haben und andererseits wissen, was für den Schüler und angehenden Arzt, der sich auf Problemstellungen nicht einlassen kann, aus der Psychiatrie zu kennen nötig ist. Zweitens ist der Preis des Buches — eine heutige Seltenheit —



sehr niedrig, so daß es weniger bemittelte Studenten sich anschaffen können. Daß jedem Abschnitt ein ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben ist, halte ich auch bei einem Lehrbuch für sehr nützlich. Das Buch muß als das gegenwärtig für seinen Zweck praktischste Lehrbuch bezeichnet werden. Bresler.

Therapeutisches.

— **Ergebnisse der Operationen an den peripheren Nerven.** Von Oskar Stracker, Chefarztstellvertreter des orthopädischen Spitals und der Invalidenschulen in Wien. Beitr. z. klin. Chir. 1919 Bd. 116 H. 2.

Berichtet u. a. über günstige Erfahrungen mit Solarson bei der Nachbehandlung. Es wurde in Form von Injektionen angewendet, die in mehreren Serien von je 12 Tagen gegeben wurden. Im Anfang hatte er in einigen Fällen überraschende Erfolge. Patienten, bei denen monatelang auf den Wiedereintritt der Motilität gewartet wurde, konnten einige Wochen nach der Injektion Bewegungen ausführen. Eine Ausdehnung der Versuche auf eine größere Anzahl von Patienten ergab jedoch nur eine Besserung des Allgemeinzustandes, aber keine sichere Beeinflussung der Nerven. Bei den Injektionen wurde die Beobachtung gemacht, daß das Körpergewicht in den ersten Tagen stieg, dann aber bis unter das Anfangsgewicht sank. Vielleicht hängt dies mit der gleichzeitigen ungenügenden Ernährung der Patienten zusammen. Jedenfalls wird Solarson gut vertragen, ist lokal reizlos und wirkt rasch.

Personalnachrichten.

— **Hessen.** Ernannt wurde am 5. August 1920 der Oberarzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Alzey, Medizinalrat Dr. Wilhelm Schmeel zu Darmstadt, unter Zurücknahme der Ernennung zum Oberarzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Gießen zum Oberarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei



eppenheim, mit Wirkung vom Tage des Dienstantritts. · Ernannt wurde der Oberarzt an der Landes-Heil- und ilegeanstalt bei Heppenheim, Medizinalrat Dr. Ru-olf Götze aus Glauchau i. S., zum Oberarzt der undes-Heil- und Pflegeanstalt bei Alzey mit Wirkung om Tage des Dienstantritts. — Ernannt wurde der berarzt Dr. Clemens Frank aus Erfurt unter Zu-cknahme der Ernennung zum Oberarzt der Landes-eil- und Pflegeanstalt bei Alzey zum Oberarzt an der undes-Heil- und Pflegeanstalt Gießen.

Diese Nummer enthält einen Prospekt der Firma **A. Marcus & E. Webers Verlag** (Dr. jur. Albert Ahn) **in Bonn,** Dechenstraße 8, welchen wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Es wird gebeten, allen Anfragen an die Schriftleitung resp. den Verlag über redaktionelle Fragen das Rückporto beizufügen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.




W. Krefft Akt. Ges.
Gevelsberg i. Westf.
Zweigbüro: Breslau II Gustav-Freytagstr. 45
Filiale u. Musterlager: Berlin W. 66. Wilhelmstr. 55
Entw. BAR

veiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 29/30. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.
Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 29/30. 23. Oktober **1920/21.**

Bezugspreis: 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 25 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Beobachtungen über schizophrene Heredität.

Von Dr. **J. Elmiger**, zweiter Arzt, St. Urban, Kt. Luzern.

isere nachfolgenden Beobachtungen erstrecken sich über die letzten drei Jahre an der kanto- ı Heil- und Pflegeanstalt St. Urban.

ie Gesamtzahl der gesunden, schizophrenen an anderen Psychosen leidenden Kranken be- 2973 und verteilen sich auf 477 Geschwister- pen. Es trifft somit auf eine Gruppe im Durch- itt 6,2 Geschwister, während es in der Normal- lkerung 5,4 trifft im Kanton Luzern.

nter schizophrener Geschwistergruppe ver- n wir eine Geschwistergruppe, die wenigstens ı schizophrenen Krankheitsfall hat.

Die schizophrenen Geschwistergruppen.

olche Gruppen haben wir 292 mit 1864 Ge- istern und machen somit 61 v. H. sämtlicher pen aus. 164 Gruppen mit 1010 Personen sind en, 138 Gruppen mit 754 Personen sind Män- 55 v. H. der Gruppen gehören den Frauen an ler Rest den Männern.

nter den 1864 Geschwistern befinden sich 230 10 Jahren Verstorbene, was 12 v. H. ausmacht. Auch die Aborte wurden mitgezählt, sofern man Angaben darüber erhalten konnte.

Auf eine schizophrene Geschwistergruppe trifft es somit 6,3. Von den 1864 Geschwistern erkranken 390 an Schizophrenie, was 21 v. H. ausmacht. Auf ein schizophrenes Geschwister trifft es somit 3,7 gesunde. Diese letztere Zahl kann aber nicht den geringsten Anspruch auf Genauigkeit machen, denn die 230 unter 10 Jahren Verstorbenen sind dabei als gesund in die Rechnung gestellt, was offenbar eine nicht geringe Fehlerquelle bedeutet. Wir müssen somit eine Korrektur anbringen. Um diese Fehlerquelle bis zu einem gewissen Grade auszuschalten, haben wir folgendes Verfahren eingeschlagen:

Im ersten Falle ziehen wir die früh Verstorbenen von der Gesamtzahl der Geschwister ab, wir nehmen sie als gar nicht existierend an und erhalten dann $\frac{1864-230-390}{390} = 3{,}1$.

Im zweiten Falle nehmen wir an, die Frühverstorbenen wären nicht schizophren geworden,





$$\frac{1864 - 390}{390} = 3{,}7.$$

Von diesen beiden Durchschnittszahlen 3,1 und 3,7 nehmen wir wiederum den Durchschnitt = 3,4.

Wenn wir 230 (die Frühverstorbenen) durch diese Zahl dividieren, so erhalten wir den wahrscheinlichen Anteil an Schizophrenie der Frühverstorbenen, was 66 ausmacht. Wir müßten also zu den oben erwähnten 390 nach 66 addieren, was 456 ausmacht. Nach dieser Abteilung trifft es auf ein schizophrenes Geschwister drei Gesunde.

Die direkte schizophrene Heredität.

Die direkte schizophrene Heredität macht nur einen kleinen Teil der Belastung aus. Es sind 38 Geschwistergruppen, was 13 v. H. ausmacht. Auf diese 38 Gruppen trifft es 200 gesunde und schizophrene Geschwister oder 11 v. H. sämtlicher schizophren belasteter Geschwister. Diese 38 Gruppen liefern 79 schizophrene Geschwister oder 25 v. H. sämtlicher Schizophrener. Von 200 direkt schizophren belasteter Geschwister werden 79 oder 43,5 v. H. schizophren. In 17 Gruppen oder 48 v. H. verbindet sich die direkte schizophrene Heredität mit der indirekten. In 7 Gruppen oder in 18 v. H. findet sich noch eine direkte Belastung durch Trunksucht zweimal, durch Neurasthenie zweimal, durch Alkoholintoleranz einmal, durch Psychopathie zweimal. In 14 Gruppen oder 36 v. H. ist die direkte schizophrene Heredität für sich allein nachweisbar.

23 Gruppen oder 57 v. H. haben mehr als ein schizophrenes Geschwister.

In 15 Gruppen oder 34 v. H. findet sich in den Geschwistergruppen neben der Schizophrenie noch bei andern Geschwistern Psychopathie, Suizid einmal, Idiotie und Nervosität.

Die Gruppen mit mehr als einem Schizophrenen sind folgendermaßen auf die verschiedenen Geschwistergruppen verteilt:

5 Gruppen mit 3 Geschw.: je 2 Sch. oder 66 v. H.
6 Gruppen mit 4 Geschw.: je 2 Sch. oder 50 v. H.
2 Gruppen mit 4 Geschw.: je 3 Sch. oder 75 v. H.
1 Gruppe mit 6 Geschw.: je 3 Sch. oder 50 v. H.
1 Gruppe mit 7 Geschw.: je 2 Sch. oder 28 v. H.
1 Gruppe mit 7 Geschw.: je 3 Sch. oder 42 v. H.
1 Gruppe mit 7 Geschw.: je 4 Sch. oder 57 v. H.
1 Gruppe mit 8 Geschw.: je 4 Sch. oder 50 v. H.
1 Gruppe mit 10 Geschw.: je 3 Sch. oder 30 v. H.
1 Gruppe mit 10 Geschw.: je 5 Sch. oder 50 v. H.
1 Gruppe mit 12 Geschw.: je 3 Sch. oder 25 v. H.

Von den Gruppen mit einem Schizophrenen gibt es folgende:

Es werden schizophren:

2 Gruppen mit 1 Geschwister oder 100 v. H.
1 Gruppe mit 3 Geschwistern oder 33 v. H.
5 Gruppen mit 4 Geschwistern oder 25 v. H.
3 Gruppen mit 5 Geschwistern oder 20 v. H.
4 Gruppen mit 6 Geschwistern oder 16 v. H.

Wir können aus den vorstehenden Angaben folgende Schlußsätze ableiten für die schizophren direkt belasteten Geschwistergruppen.

1. 43 v. H. der direkt belasteten Geschwister werden schizophren.
2. In 55 v. H. der Gruppen erkrankt mehr als ein Geschwister.
3. In 34 v. H. aller Gruppen findet sich neben der Schizophrenie noch Psychopathie, Schwachsinn, Idiotie, Trunksucht, Nervosität, Suizid.
4. In 45 v. H. der Gruppen erkrankt nur ein Geschwister.
5. In 5 Gruppen oder 13 v. H. erkrankt nur ein Geschwister an Schizophrenie und dabei wird von den andern Geschwistern keine andere Anomalie angegeben.

Aus der Erfahrung wissen wir, daß es auch Geschwistergruppen gibt, die direkt schizophren belastet sind, von denen aber trotzdem niemand an Schizophrenie erkrankt, diese konnten natürlich durch unsere Statistik gar nicht gefaßt werden, da von solchen Geschwistergruppen eben niemand der Anstalt zugeführt werden muß.

Die schizophren indirekt belasteten Geschwistergruppen.

169 Geschwistergruppen oder 57 v. H. aller Gruppen sind indirekt schizophren belastet. Diese Gruppen zählen 1334 gesunde und kranke Geschwister. Unter indirekter schizophrener Belastung verstehen wir das Vorkommen von Schizophrenie bei Onkel oder Tanten väterlicher- oder mütterlicherseits, auch bei Großeltern. Dieser letztere Fall kommt aber sehr selten bei unserm Material vor, offenbar weil nicht genügend anamnestische Daten vorhanden sind. Schizophrenie bei den Großeltern ist nur in 15 Gruppen oder in 8 v. H. erwähnt. Wenn nun die indirekte Belastung 57 v. H. ausmacht und die direkte 12 v. H., so könnte man einwenden, daß der Unterschied in bezug auf beide Belastungen gar nicht so groß sei. Denn wenn man zwei Eltern hat, so hat man im Durchschnitt 10 Onkel und Tanten väterlicher- und mütterlicherseits. Da wir demnach fünfmal soviel Onkel und Tanten als Eltern haben, so muß auch die indirekte Heredität fünfmal so groß sein wie die direkte Heredität nach der Proportion 2 : 12 = 10 : x, was die Zahl 60 ergibt und der Zahl 57 sehr nahe kommt. Wir möchten



ıer darauf aufmerksam machen, daß wir nur eichartige Größen in eine Proportion setzen dürn, was aber hier nicht der Fall ist. Die Be- ɪutung eines schizophrenen Elters ist denn doch r die Nachkommenschaft eine ganz andere als ne schizophrene Tante oder ein schizophrener nkel. Denn wenn 12 v. H. direkter schizophrener ɜredität gleich sind 60 v. H. indirekter (in Wirkhkeit 57 v. H.), so müßten beide auch die gleiche 'irkung auf die Nachkommenschaft haben.

Mit den 12 v. H. direkter schizophrener Heredit hängen 79 schizophrene Nachkommen zusamɜn, mit den 57 v. H. indirekter dagegen nur 213, ch der obigen Proportion aber müßten es 395 in. Daraus leiten wir die Unrichtigkeit der eichstellung der direkten und indirekten Heredi: in einer Proportion ab.

In 12 v. H. der Gruppen findet sich die indirekte ıizophrene Heredität auf väterlicher und mütterher Seite.

Von 1334 schizophren indirekt belasteten Geıwistern werden 213 schizophren oder 15 v. H. Von 390 schizophrenen Geschwistern haben 213 ɜr 54 v. H. eine indirekte schizophrene und 79 ɜr 20 v. H. eine direkte schizophrene Belastung. In 43 Gruppen oder 20 v. H. ist mehr als ein Geıwister erkrankt. Die Geschwistergruppen mit hr als einem schizophrenen Geschwister sind n größten Teil Gruppen mit zahlreichen Geıwistern.

Mehr als ein schizophrenes Geschwister haben ɽende Gruppen:

1 Gruppe mit 3 Geschwistern,
1 Gruppe mit 4 Geschwistern,
2 Gruppen mit 5 Geschwistern,
5 Gruppen mit 6 Geschwistern,
4 Gruppen mit 7 Geschwistern,
9 Gruppen mit 8 Geschwistern,
4 Gruppen mit 9 Geschwistern,
3 Gruppen mit 10 Geschwistern,
3 Gruppen mit 11 Geschwistern,
4 Gruppen mit 12 Geschwistern,
2 Gruppen mit 13 Geschwistern,
3 Gruppen mit 14 Geschwistern,
2 Gruppen mit 15 Geschwistern.

Bei den indirekt belasteten Geschwistergruppen mt mit der Zahl der Geschwister in einer ıppe die Wahrscheinlichkeit zu, daß mehr als ein chwister an Schizophrenie erkrankt. Bei den kt belasteten Gruppen ist dagegen die Wahrɜinlichkeit, daß mehr als ein Geschwister ernkt, bei den Gruppen mit großen Geschwisterlen nicht größer als bei den Gruppen mit wenig chwistern.

In 33 Gruppen oder in 19 v. H. findet sich neben der indirekten schizophrenen Belastung noch direkte Belastung durch Trunksucht eines Elters, meistens des Vaters. Nur einmal ist die Trunksucht der Mutter erwähnt. In einem Falle ist neben der Trunksucht des Vaters noch die Nervosität der Mutter angegeben. Neben der Trunksucht des Vaters sind in drei Fällen noch extra seine auffallenden Charaktereigenschaften erwähnt.

In 98 Gruppen oder 47 v. H. findet sich neben der indirekten schizophrenen Heredität entweder Vater oder Mutter mit Charakteranomalien, Nervosität, Melancholie und Migräne usw. belastet. In 27 Gruppen finden sich obige Anomälien beiderseits. In zwei Gruppen findet sich neben der Nervosität der Mutter noch Trunksucht des Vaters.

In 48 Gruppen oder 28 v. H. ist die indirekte schizophrene Heredität für sich allein ohne andere Belastungsmomente.

In 98 Gruppen oder 50 v. H. finden sich neben der Schizophrenie bei andern Geschwistern noch Charakteranomalien, Nervosität, Taubstummheit, Trunksucht, Epilepsie, Schwachsinn, Idiotie, Lähmungen usw. Auffallend häufig findet sich in schizophrenen Geschwistergruppen Schwachsinn und Idiotie. Es scheint also doch irgendein Zusammenhang zu existieren zwischen Schizophrenie und Schwachsinn. Sind vielleicht solche Fälle von Schwachsinn oder Idiotie früh auftretende Schizophrenien? Ebenso häufig trifft man in solchen Geschwistergruppen Fälle von Epilepsie. Daß sich soviel auffallende Charaktere finden in den schizophrenen Gruppen, dürfte vielleicht nicht so auffallend sein. Hier stecken sicher noch viele ungelöste Fragen.

Schizophrenie ohne schizophrene Belastung.

Bei 85 Gruppen oder in 29 v. H. läßt sich eine schizophrene Heredität nicht nachweisen. Dazu gehören 310 gesunde und schizophrene Geschwister. Gerade diese Gruppen wären eines eingehenden Studiums wert.

14 Gruppen oder 16 v. H. zeigen überhaupt keine Belastung.

In 54 Gruppen oder 63 v. H. findet sich direkte Belastung durch Nervosität, Melancholie, Charakterabnormitäten, Schwachsinn. In 18 Gruppen finden sich diese Anomalien beiderseits.

14 Gruppen oder 15 v. H. sind direkt durch Trunksucht belastet.

In 39 Gruppen oder 44 v. H. finden sich in den Gruppen neben der Schizophrenie noch Fälle von Charakterauffälligkeiten, Nervosität, Trunksucht, Schwachsinn, Idiotie, Hirnkrankheit, Taubstummheit usw.



In 13 Gruppen oder 14 v. H. zwei schizophrene Geschwister in je einer Gruppe.

Wie wir schon oben bemerkt haben, läßt sich in 14 Gruppen gar keine Belastung nachweisen. Immerhin möchten wir erwähnen, was wir über diese Gruppen in Erfahrung gebracht haben. So sind in einer Gruppe Onkel und Tanten väterlicher- und mütterlicherseits Nichtstuer. In andern Fällen ist bei Onkeln Trunksucht erwähnt und in andern Gruppen bei Onkeln und Tanten Eigenheiten des Charakters. Wir haben aber diese Belastung nirgends in Rechnung gestellt, um uns nicht ins Uferlose zu verlieren bei den Erblichkeitsangaben. Onkel und Tanten haben wir nur herbeigezogen, wenn es sich bei ihnen um Schizophrenie oder andere Psychosen handelte.

Diese Gruppen ohne schizophrene Belastung und in denen trotzdem Schizophrenie vorkommt, verdienen unsere eingehende Beachtung. Wir müssen daraus den Schluß ziehen, daß hier eine Neuentstehung der Schizophrenie vorkommt. Wir können demnach annehmen, daß direkte Belastung der Eltern durch Trunksucht (die sich eben oft mit Psychopathie vergesellschaftet) und Psychopathie in einigen Fällen bei den Nachkommen Schizophrenie verursachen kann. Es käme also darauf hinaus, daß man in der Psychopathie der Erzeuger und auch in ihrer Trunksucht ein Moment sehen könnte für die Schizophrenie der Nachkommen. Aber dann taucht sofort die Frage auf, ist die Psychopathie eines Elters schon genügend oder müssen vielmehr auf beiden Seiten solche Anomalien vorhanden sein, um bei dem einen oder andern Kinde zur Schizophrenie zu führen. Oder genügen solche Abnormitäten in beiden elterlichen Familien schon, ohne daß die Eltern selber davon ergriffen wären (Latenz?) oder daß nur ein Elter an dieser Abnormität litte, während auf der andern Seite die Mutter gesund, aber in ihrer Familie solche Abnormitäten vorkommen. Wir konnten in drei Gruppen auf väterlicher und mütterlicher Seite das nachweisen, d. h. direkte Belastung auf der einen Seite, auf der andern Belastung bei entfernten Verwandten, Onkeln oder Tanten oder Großeltern. Oder sind es ferner nur ganz besonders gefärbte Psychopathien, die bei den Kindern Schizophrenie bewirken, während anders geartete Psychopathien in dieser Beziehung harmlos wären. Wir haben im Laufe der Erfahrung den Eindruck bekommen, daß es sich wohl so verhalten könnte. Das gleiche gilt von der Trunksucht. Viele werden Trinker, weil ihre Psychopathie sie dazu treibt. Wenn nun einzelne Nachkommen von Trinkern schizophren werden, so wäre die von der Trunksucht maskierte Psychopathie anzuschuldigen und nicht die Trunksucht. Die Psychopathie ist mit einem Scheideweg zu vergleichen, ein Weg führt unter Umständen zur Schizophrenie, ein anderer unter Umständen zu genialen und hochwertigen Leistungen und originellen Konzeptionen.[1])

Geschwistergruppen nach der Zahl der Geschwister geordnet.

Wenn wir die 292 Geschwistergruppen nach der Zahl der Geschwister ordnen, so erhalten wir folgendes Bild:

13 Geschwistergruppen mit	1 Geschw. od.	4,5 v. H.
20 Geschwistergruppen mit	2 Geschw. od.	6,8 v. H.
45 Geschwistergruppen mit	3 Geschw. od.	15,4 v. H.
47 Geschwistergruppen mit	4 Geschw. od.	16 v. H.
28 Geschwistergruppen mit	5 Geschw. od.	9,5 v. H.
26 Geschwistergruppen mit	6 Geschw. od.	8,8 v. H.
31 Geschwistergruppen mit	7 Geschw. od.	10,6 v. H.
19 Geschwistergruppen mit	8 Geschw. od.	6,8 v. H.
19 Geschwistergruppen mit	9 Geschw. od.	6,8 v. H.
15 Geschwistergruppen mit	10 Geschw. od.	6,5 v. H.
7 Geschwistergruppen mit	11 Geschw. od.	2,1 v. H.
10 Geschwistergruppen mit	12 Geschw. od.	3,3 v. H.
5 Geschwistergruppen mit	13 Geschw. od.	1,6 v. H.
4 Geschwistergruppen mit	14 Geschw. od.	1,2 v. H.
3 Geschwistergruppen mit	15 Geschw. od.	0,9 v. H.

Am stärksten vertreten sind die Familien mit drei, vier und sieben Kindern, sie machen 40 v. H. aller Gruppen aus.

Wenn wir die Erst-, Zweit- usw. Geborenen und ihre Morbidität an Schizophrenie in Betracht ziehen, so ergibt sich folgendes:

Es erkranken an Schizophrenie

von 292 erstgebornen Geschw.	94 od. 31 v. H.
von 279 zweitgebornen Geschw.	85 od. 31 v. H.
von 259 drittgebornen Geschw.	52 od. 20 v. H.
von 254 viertgebornen Geschw.	36 od. 15 v. H.
von 167 fünftgebornen Geschw.	28 od. 14 v. H.
von 139 sechstgebornen Geschw.	28 od. 18 v. H.
von 113 siebentgebornen Geschw.	27 od. 23 v. H.
von 82 achtgebornen Geschw.	9 od. 12 v. H.
von 63 neuntgebornen Geschw.	5 od. 9 v. H.
von 44 zehntgebornen Geschw.	7 od. 12 v. H.
von 29 elftgebornen Geschw.	3 od. 9 v. H.
von 22 zwölftgebornen Geschw.	2 od. 7 v. H.
von 12 dreizehntgebornen Geschw.	2 od. 11 v. H.
von 7 vierzehntgebornen Geschw.	0 od. 0 v. H.
von 3 fünfzehntgebornen Geschw.	1 od. 33 v. H.

Die Erstgebornen, die Zweitgebornen und die Fünfzehntgeborenen zeigen demnach die höchste

[1]) Ein Teil der Psychopathien dürfte harmloser Natur und bloß als Charaktervarietät zu betrachten sein.

Morbidität an Schizophrenie. Zwischen diesen drei Gipfeln steigt und fällt die Kurve ziemlich unregelmäßig, ohne jedoch die erste Höhe wieder zu erreichen. Sind vielleicht bei den Erst- und Zweitgebornen die Hindernisse der Geburtswege im Spiele, wodurch das Gehirn irgendwie traumatisch beeinflußt würde durch Druck usw.? Sind bei den Zuletztgebornen vielleicht schwächende Einflüsse der Mutter maßgebend, welche durch die vielen Geburten im Ernährungszustand ungünstig beeinflußt ist und dadurch einen schlimmen Einfluß auf das Gehirn der Frucht hat?

Verheiratet sind 91 Schizophrene oder 31 v. H. In der Normalbevölkerung sind in dem Alter, in dem die Schizophrenie gewöhnlich ausbricht (von 20 bis 50 Jahren) etwa 50 v. H. verheiratet. Es trifft also auf die Schizophrenen weniger Verheiratete als bei der Normalbevölkerung. Die Krankheit bricht hier und da schon in einem Alter aus, daß die Aussichten auf Heirat wegfallen, aber es herrscht auch infolge der Realitätsabwendung der Kranken weniger Neigung sich eine Lebensgefährtin zu suchen als bei den Normalen. Der Schizophrene hat eben weniger gesellschaftliche und soziale Instinkte als der Normale. Die 91 Ehen, bei denen entweder Vater oder Mutter schizophren sind, haben 337 Kinder. Es trifft somit auf eine Ehe 3,7 Kinder. Die durchschnittliche Kinderzahl bei unserer Bevölkerung beträgt 5,4.

Diese 337 Kinder sind also alle direkt schizophren belastet. Die in dem gleichen Zeitraume aufgenommenen und direkt belasteten Schizophrenen betragen aber nur 79. Ein großer Teil der direkt schizophren Belasteten wird eben gar nicht schizophren (mehr als die Hälfte) und ein Teil der Schizophrenen sucht die Anstalt gar nicht auf.

Von den Frauen erkranken 53 v. H. an Schizophrenie, der Rest kommt auf die Männer.

Die Altersstufen beim Ausbruch der Schizophrenie sind wie folgt:

10 bis 20 Jahre	15,3 v. H.
21 bis 30 Jahre	41,1 v. H.
31 bis 40 Jahre	25 v. H.
41 bis 50 Jahre	13 v. H.
51 bis 10 Jahre	3,5 v. H.

Wir haben darunter einen Fall mit 12 Jahren. Meist beginnt die Erkrankung meistens mit dem 15. Jahre. Es ist deshalb auch ungenau, wenn einzelne Autoren das 17. Jahr als unterste Grenze annehmen.

Charakteranomalien der Schizophrenen vor der Erkrankung.

In 43 v. H. werden schon in der Jugendzeit der Schizophrenen auffallende Charakteranomalien erwähnt. Wir wollen einige anführen: Starrköpfigkeit. Religiöse Überspanntheit. Zaghaftes Wesen. Zurückgezogenheit und Ängstlichkeit. Launenhaftigkeit und Unberechenbarkeit. Jähzorn. Heiteres Gemüt. Lügenhaftigkeit und phantastisches Wesen. Rechthaberisches Wesen und keine Freude an Vergnügungen. Wollte immer hoch hinaus, konnte keinen Spaß vertragen. Hochmütig und rechthaberisch. Gutmütig und empfindlich. Aufgeregt und unruhig. Rabiat und rechthaberisch. Still und in sich gekehrt, sondert sich ab. Hochfahrend und stolz. Immer aufgeregt, herrisch, stolz und faul. Eigensinnig, starrköpfisch, rechthaberisch. Neidisch, empfindlich und bös. Etwas ernst. Starrsinnig. Eigen, wollte allein sein. In sich gekehrt. Unverträglich und empfindlich. Eigensinnig, ehrgeizig und empfindlich. Langsam und ängstlich. Bösartig. Furchtsam, Hang zum Eigensinn. Immer skrupulös. Ernsthaft und in sich gekehrt. Eigensinnig, sonderbar. Zänkisch. Gereizt, Lärmmacher, hypochondrisch usw.

Wir müßten natürlich auch wissen, wie oft solche Charakteranomalien bei solchen Leuten in der Jugend vorkommen, die nie schizophren werden. Wer sich an seine Schulkameraden in der Primarschule und des Gymnasiums erinnert, der weiß, wie oft solche Anomalien vorkommen, ohne daß später das zu Schizophrenie führen muß. In 24 v. H. ist die hohe geistige Veranlagung hervorgehoben und in eben so vielen Fällen die schwache Veranlagung. In den übrigen Fällen war entweder keine Auskunft erhältlich oder es wird nichts Besonderes erwähnt.

Bei den Männern in 20 v. H., bei den Frauen in 75 v. H. wird in der Jugend Blutarmut und körperliche Schwäche angeführt.

Die nichtschizophrenen Psychosen.

Wir verfügen hier über 195 Geschwistergruppen mit 1209 gesunden und kranken Geschwistern. Auf eine Geschwistergruppe kommen somit 6,4 Geschwister, also mehr als dem Durchschnitt der Normalbevölkerung entspricht, auf ein Krankes trifft 5,2 Gesunde. Bei den 1209 Geschwistern gibt es 90 unter 10 Jahren Verstorbene. Wenden wir die gleiche Berechnung an wie bei den Schizophrenen, so trifft es auf 4,4 gesunde ein krankes Geschwister.

14 Gruppen sind schizophren belastet, worunter eine Gruppe direkt. Die schizophrene Belastung der nichtschizophrenen Psychosen macht also 7 v. H. aus. Die durch die Mutter schizophren belastete Geschwistergruppe zählt sieben Geschwister, drei davon sind epileptisch und eines kam wegen Delirium tremens in die Anstalt.



55 Gruppen oder 30 v. H. sind direkt belastet durch Charakteranomalien, Nervosität, Melancholie, Manie, Epilepsie, senile Psychosen, Taubstummheit, Verbrechen, Schwachsinn usw.

In 32 Gruppen oder 18 v. H. findet sich direkte Belastung durch Trunksucht.

In 31 Gruppen oder 32 v. H. finden sich noch andere Geschwister erkrankt an Psychopathie, Nervosität, Schwachsinn, Epilepsie, Stottern, Trunksucht, mehrmals Suizid, Schwerhörigkeit, moralische Minderwertigkeit und Verbrechen.

In 71 Gruppen oder 34 v. H. ist überhaupt keine Belastung nachweisbar.

Es erkranken:
von den erstgeborenen Geschwistern 31 v. H.,
von den zweitgeborenen Geschwistern 20 v. H.,
von den drittgeborenen Geschwistern 15 v. H.,
von den viertgeborenen Geschwistern 10 v. H.,
von den fünftgeborenen Geschwistern 7,5 v. H.,
von den sechstgeborenen Geschwistern 5,1 v. H.,
von den siebentgeborenen Geschwistern 16 v. H.,
von den achtgeborenen Geschwistern 7,5 v. H.,
von den neuntgeborenen Geschwistern 16 v. H.,
von den zehntgeborenen Geschwistern 6,1 v. H.,
von den elftgeborenen Geschwistern 7,6 v. H.,
von den zwölftgeborenen Geschwistern 0 v. H.,
von den dreizehntgeborenen Geschwistern 0 v. H.,
von den vierzehntgeborenen Geschwistern 17 v. H.,
von den fünfzehntgeborenen Geschwistern 11 v. H.,
von den sechzehntgeborenen Geschwistern 33 v. H.,
von den siebzehntgeborenen Geschwistern 0 v. H.,
von den achtzehntgeborenen Geschwistern 0 v. H.

Auch bei den nichtschizophrenen Psychosen sind die zuerst- und die zuletztgeborenen am meisten gefährdet, zu erkranken.

Einige Bemerkungen zu den vorstehenden Angaben.

Das Aufnahmegebiet für unsere Anstalt ist der Kanton Luzern, dessen Bevölkerung 167 000 beträgt und zum größten Teil der Landwirtschaft sich widmet. Die hier in Betracht gezogenen kranken und gesunden Geschwister betragen 2973, und unsere Angaben erstrecken sich über einen Zeitraum von drei Jahren. Das macht den 168. Teil der Bevölkerung aus. Die direkt beobachteten Personen betragen bloß 487, was sogar nur den 1028. Teil der Bevölkerung ausmacht. Von den 2486 Personen wissen wir nur etwas durch die Anamnese, durch schriftliche Berichte oder wir haben sie etwa bei der Aufnahme der Kranken oder bei Besuchen flüchtig beobachten können. Dürfen wir nun die bei einem so kleinen Bruchteil der Bevölkerung gefundenen Resultate auf die Gesamtbevölkerung ausdehnen? Da liegt eben der Fehler, der so vielen Statistiken anhaftet. Das sollte für uns eine Warnung sein, mit den gefundenen Resultaten nur sehr vorsichtig zu operieren.

Die direkt schizophren belasteten Geschwistergruppen haben durchschnittlich 5 Geschwister, während die Durchschnittszahl bei unserer Bevölkerung 5,4 beträgt. Bei den schizophren indirekt und bei den gar nicht mit Schizophrenie belasteten schizophrenen Geschwistergruppen beträgt die durchschnittliche Geschwisterzahl 5,8. Bei den nichtschizophrenen Psychosen ist die Zahl der Geschwister am größten, sie beträgt 6,4.

Die Ehen, bei denen ein Elter schizophren ist, haben durchschnittlich weniger Kinder, als es dem Durchschnitt der Ehen der Bevölkerung entspricht: 3,7 gegen 5,4.

Die Frauen sind etwas stärker an der Schizophrenie beteiligt als die Männer, es trifft auf 5[illegible] schizophrene Frauen 45 schizophrene Männer.

Von den Schizophrenen sind 24 v. H. verheiratet, während es auf die nichtschizophrenen Psychosen 51 v. H. trifft.

In der Hälfte der schizophrenen Geschwistergruppen finden sich bei andern Geschwistern noch Charakteranomalien, Nervosität usw., während bei den nichtschizophrenen Psychosen diese Anomalien nur in 30 v. H. nachgewiesen werden können.

Wir haben auch gute Gründe, anzunehmen, daß die Schizophrenie oft früher beginnt, als man nach den Angaben der Umgebung und nach dem ärztlichen Zeugnisse annehmen sollte. Eine sehr große Zahl beginnt schon vor dem 20. Jahr unter der Maske von allerlei körperlichen Krankheiten, z. B. unter der Etikette von Herzkrankheiten, Palpitationen, Oppressionsgefühlen, Schmerzen usw., Ohnmachten usw. Psychogene Schmerzen im Unterleibe werden nicht selten für Blinddarmentzündungen gehalten und operiert, die nach der Operation weiter bestehenden Schmerzen und Beschwerden belehren dann vielleicht die Umgebung, daß der Ursprung der Schmerzen anderswo gesucht werden muß. Ein ganzes Heer von Magenschmerzen [illegible] psychogener Natur (auf schizophrener Grundlage) und gelegentlich wird dann auch eine Gastroenterostomia retrocolica ausgeführt. Aber trotz dieses Eingriffes bestehen dann natürlich die schizophrenen Magenbeschwerden ruhig weiter.

Fassen wir unsere Beobachtungen nochmals kurz zusammen:

1. Von 390 schizophrenen Geschwistern haben [illegible] eine direkte schizophrene Heredität (20 v. H.), 213 oder 54 v. H. haben ein indirekte schizophrene Heredität, und 88 oder 26 v. H. hab[illegible]



gar keine schizophrene Belastung. Unter den letzteren haben 16 v. H. überhaupt keine Belastung.

2. Die nichtschizophrenen Psychosen haben in 7 v. H. eine schizophrene Belastung.
3. Nur in 12 v. H. aller Fälle ist die schizophrene Belastung sowohl auf väterlicher als auf mütterlicher Seite nachweisbar.
4. Die in 50 v. H. nachweisbare Psychopathie, Nervosität usw. der Eltern der schizophrenen Geschwistergruppen scheint zuweilen nicht ohne Einfluß zu sein bei der Entstehung der Schizophrenie der Kinder.
5. Das häufige Vorkommen von Schwachsinn und Epilepsie in schizophrenen Geschwistergruppen deutet auf einen Zusammenhang mit der Schizophrenie.
6. Zieht man auch die früh verstorbenen Geschwister in Rechnung, so trifft es auf ein schizophrenes Geschwister drei Gesunde.
7. Der vierte Teil sämtlicher Gruppen hat mehr als ein schizophrenes Geschwister.

Standesfragen.

Von Dr. **Rein,** Oberarzt an der Landesirrenanstalt Landsberg a. W.

(Schluß.)

Schon im Vorhergehenden ist auf die

Selbständigkeit und Verantwortlichkeit der Anstaltsärzte

iederholt hingewiesen, diese muß unbedingt ı möglichst weitgehendem Maße gehaffen werden um unseren Beruf überhaupt erıglich und befriedigend zu gestalten, da bei den günstigen Beförderungsaussichten nur ein kleiner :il der Ärzte in schaffensfreudigem Alter zu leiıden Stellungen gelangen kann. Daß eine vollımmene Selbständigkeit und Unabhängigkeit :rbei nicht zu erreichen ist, liegt in der Besonderit der Verhältnisse, die eine einheitliche Leitung r Anstaltsbehandlung und des Anstaltsbetriebes ordern; aber immerhin läßt sich da vieles verssern, wie besonders die Denkschrift der bayriıen Ärzte ausführt.

Auch nach außen hin kann das allgemeiner zum sdruck gebracht werden dadurch, daß die ver:wortlichen behandelnden Ärzte auch Auskünfte Angehörige und Behörden verantwortlich mit :erzeichnen. Diese Einrichtung besteht seit Jahı schon an manchen Anstalten und hat sich behrt, warum sollte das nicht überall eingeführt rden können? Bürokratische Bedenken dageı müssen unbedingt überwunden werden, sachıe Einwände aber gibt es wohl kaum.

Als gutes Muster einer weitgehenden Selbstänkeit der einzelnen Ärzte wird mir die Diensteinung in meiner ersten Stellung als Psychiater, in sbach, stets in angenehmer Erinnerung bleiben: ektor und vier Ärzte, der älteste stellvertretender Direktor und nur als solcher funktionierend Vorgesetzter, sonst alle vier gleichgestellt; jeder hatte eine Aufnahme- und zwei andere Abteilungen, so daß es meist möglich war, einen Kranken, auch wenn er nicht mehr wachbedürftig war, noch selbst weiter zu behandeln; entsprechend den vier Arztbezirken auch vier Oberpflegebezirke, mit nach Möglichkeit in sich beschränktem Wechsel des Personals, dabei gegenseitige Vertretung der Ärzte nach bestimmtem Turnus bei angenehmstem kollegialen Verhältnis; der Direktor als Leiter die Selbständigkeit der Ärzte in weitestgehendem Grade respektierend, wobei er auch in Verwaltungsfragen ihre Meinung hörte und alle zur Mitarbeit heranzog. — Man sieht also, die Forderungen sind keine Utopien, es geht sehr wohl; vier Bedingungen keine Utopien, es geht sehr wohl; vier Bedingungen sind dazu nur notwendig: Entgegenkommen und guter Wille des Direktors, ernste und verantwortungsbewußte Berufsauffassung der Ärzte, vornehme und kollegiale Gesinnung aller und Auswahl nur tüchtiger und geeigneter Persönlichkeiten bei Anstellung und Beförderung.

Nun noch einige Worte zu Rehms Vorschlägen (5), mit Recht sagt Vollrath (6), daß diese daran kranken, daß sie nur vom Standpunkte des älteren Arztes aufgestellt sind. Rehm schreibt zu sehr pro domo, er will für sich und seine gleichaltrigen Kollegen eine möglichste Gleichstellung mit dem Direktor, bedenkt aber nicht, daß durch sein System eine große Zahl unselbständiger Oberarzt-, Anstaltsarzt- und Assistenzarztstellen geschaffen werden; ja wäre der Wechsel der Assistenz-



ärzte groß und häufig, wie etwa an großen allgemeinen Krankenhäusern, zum Beispiel Eppendorf, so ließe sich das bis zu gewissem Grade einrichten, die meisten Ärzte aber, die zur Psychiatrie überhaupt gehen, wählen diese als Lebensberuf, also würden in wenigen Jahren die jetzt vielleicht noch jungen Untergebenen ein Alter erreichen, wo sie mit Recht die gleiche Forderung nach Selbständigkeit stellen, wie jetzt R e h m. Wo sind in einer Anstalt mit 1000 Kranken und 10 Ärzten jetzt noch zwei jüngere Anstaltsärzte und vier Assistenzärzte? Gerade das Vorwärtskommen, von dem R e h m spricht, ist durch seinen Plan nicht gewährleistet, denn dann müßten die leitenden Ärzte und Oberärzte erst Platz machen. Auch die Einrichtung einer besonderen Abteilung für gerichtliche Beobachtungsfälle in einer Anstalt hätte doch manchen Nachteil; will R e h m dann auch die Begutachtungen auf die Ärzte dieser Abteilung allein beschränken?

Bei

Anstellung und Beförderung

ist eine strenge Auswahl nach allgemeiner und wissenschaftlicher Eignung für den Beruf erforderlich, jedenfalls mehr, als es leider früher mitunter geschah aus Mangel an Ärzten, die sich der Psychiatrie zuwandten. Der Direktor bzw. der ausbildende ältere Arzt muß die Eignung eines jungen Assistenten sehr bald erkennen können, und beim Fehlen derselben ihn rechtzeitig zur Aufgabe des Berufs veranlassen im Interesse unseres Standes und des betr. Arztes selbst, der vielleicht zu anderer ärztlicher Tätigkeit sich ganz gut eignet. Zu verurteilen ist ein Vorgehen, wie es mir aus einem Falle bekannt ist, daß einem nicht geeigneten Arzte nach dreijähriger Tätigkeit als Assistent die Anstellung verweigert wurde mit der Angabe, er müsse erst promovieren, wozu ihm ein Jahr Frist gestellt werde, als er dann noch nicht promoviert hatte, wurde ihm ein weiteres Jahr Frist dazu gestellt, und erst als er auch dieses Jahr nicht zur Promotion benutzt, wurde ihm unter Angabe d i e s e s Grundes die Anstellung definitiv verweigert. Offenheit ist in solchem Falle die unbedingte Pflicht des Direktors.

Die Q u a l i f i k a t i o n eines Arztes für Beförderung hat tunlichst nicht durch den Direktor allein, sondern unter Hinzuziehung eines oder mehrerer älterer Ärzte der Anstalt zu erfolgen. Der vom Brandenburger Standesverein aufgestellte Entwurf einer Dienstanweisung sieht Qualifikation durch Direktor und stellvertretende Direktoren vor. Daß der Arzt das Recht hat, die Qualifikation einzusehen, ist ja reichsgesetzlich geordnet.

Neben der Qualifikation kommt als maßgebend für die Beförderung wohl hauptsächlich das D i e n s t a l t e r in Betracht. Die Brandenburgische Standesvertretung hat auf Grund eines Einzelfalles und der Äußerung des Landesdirektors, daß er sich das freie Beförderungsrecht vorbehalte, gefordert, daß unbedingt eine Auswahl nur unter den d r e i d i e n s t ä l t e s t e n q u a l i f i z i e r t e n Ä r z t e n erfolgen solle; diese Auswahl deshalb, weil bei der Verschiedenheit der Anstalten (s. o.) die Eignung aller Kollegen doch nicht für jeden Fall zutreffe.

Die von der bayerischen Denkschrift geforderte Ausschreibung von Beförderungsstellen für alle Ärzte der in Betracht kommenden Anstalten würde in gleicher Weise auch in Brandenburg gefordert und ist erwünscht für alle Landesverbände. Jedenfalls muß es verhindert werden, daß an einer Anstalt Beförderungen nur i h r e r Ärzte, quasi heimlich vorkommen, wie überhaupt ein Wechsel der Ärzte von einer zur anderen Anstalt in vielen Beziehungen recht erwünscht ist. Für diesen Wechsel besondere unständige Stellen vorzusehen, wie K o l b vorschlägt (4), wird wohl nicht überall angängig sein, auch sollen doch möglichst nicht nur die jüngsten, sondern auch die älteren Ärzte mitunter wechseln, für diese ist vielleicht eine Versetzung manchmal ganz besonders erwünscht, um das Einrosten zu verhindern.

Soll nun für Anstellung bzw. für Beförderung auch noch die

Ablegung der ärztlichen Prüfung für den Staatsdienst

gefordert werden? Diese Forderung ist wohl berechtigt für diejenigen Staaten, wo die Anstaltsärzte unmittelbare Staatsbeamte sind und die Anstalten eigene Medizinalbezirke bilden, in denen von dem Direktor bzw. seinem Stellvertreter als Bezirksarzt die Funktionen eines Kreisarztes ausgeübt werden (so z. B. in Sachsen, Württemberg). Dies trifft nun aber nicht zu für die preußischen Provinzialanstalten. Hat das Physikatsexamen für die preußischen Anstaltsärzte einen praktischen Vorteil? Diese Frage muß man v e r n e i n e n. Es wird fürs Physikat vielerlei Spezielles verlangt, ohne daß dabei eine wirkliche vollkommene spezialistische Ausbildung möglich ist — eben wegen der Vielseitigkeit —, davon gebraucht der Anstaltspsychiater aber für seinen Beruf fast nichts. Die für ihn hauptsächlich in Betracht kommende p s y c h i a t r i s c h e P r ü f u n g ist doch so, daß sie für den wirklichen S p e z i a l b e r u f u n z u r e i c h e n d ist. Daneben würde für ihn vielleicht noch



e gerichtsärztliche Prüfung und die verngte Sektionstechnik von einiger Bedeung sein. Im ganzen aber kann man wohl sagen, ß für den Psychiater das Physikatsamen kein Prüfstein der Berufsgnung ist und somit eine ziemlich überflüssige beits- und Zeitverschwendung.

Andrerseits verkenne ich nicht, daß man sagen nn, durch jedes Examen findet eine ssiebung untüchtiger Elemente att und die Forderung einer Exansablegung hebt das Ansehen des rufes. Das wiegt sicher alle allgemeinen Einnde gegen Prüfungen als Glückssache, Zufallsdukte, unsichere Urteile über tatsächliches Wis- und Können u. a. auf.

Wäre diesem Zwiespalt zwischen Notwendigkeit Prüfung zur Hebung des Standes einerseits und unzweckmäßig erscheinenden Art des Physiexamens andererseits nicht abzuhelfen? Ich ne, es ließe sich vielleicht ein Mittelweg finden weder in Einführung eines wirklichen Fachamens für Psychiater (Psychiatrie, ensische Psychiatrie, Anstaltswesen u. ä.) oder urch, daß das Staatsexamen in gewisser se abgeändert würde. Wie ich gehört e, sollen Bestrebungen in dieser Richtung bes laut geworden sein, doch ist mir nichts Sichedarüber bekannt. Ich dächte mir eine Trennung zwei Gruppen möglich, wie ja auch das juristie zweite Staatsexamen (Assessorexamen) für waltungsjuristen und Richter getrennt ist: auf einen Seite eine Prüfung für die Kreisärzte, als ptfächer: Hygiene, gesundheitspolizeiliche Maßmen, Hebammenwesen, als Nebenfächer: gerichte Medizin und Psychiatrie; auf der andern Seite Gerichtsärzte und Psychiater als Hauptfächer: chiatrie, gerichtliche Medizin, Sektionstechnik, Nebenfächer: Hygiene und die wichtigsten geheitspolizeilichen Maßnahmen. Vielleicht gibt er Vorschlag Anlaß zu einer Aussprache und r zu einer Einigung in der strittigen Frage der ungsforderung. Daß für die älteren und seit en schon bewährten Psychiater eine nachträge Prüfung nicht in Betracht kommt, ist ja wohl tverständlich.

Daß die

wissenschaftliche Fortbildung

Ärzte eine Notwendigkeit ist, braucht hier nicht weiter erörtert zu werden. In vorbildr Weise hat die Provinz Brandenburg einzel- Ärzten schon seit Jahren — neben den üblichen ilfen zum Besuch von Kursen und Versammlungen an alle Ärzte im Wechsel — Urlaub bis zu einem Jahre gewährt zwecks spezialistischer Weiterbildung an einer psychiatrischen Klinik. Eine Forderung muß aber jetzt von allen Standesvereinen an die Direktoren gestellt werden, nämlich, daß ein regelmäßiger Wechsel im Besuche der Kurse und Versammlungen unter allen angestellten Ärzten inkl. der Direktoren stattfindet. Daß die Direktoren den Versammlungsbesuch in erster Linie für sich in Anspruch nehmen, dafür liegt keinerlei rechtliche Begründung vor. Ich weise hier hin auf meine Zusammenstellung über den Besuch der letzten Friedensversammlungen des deutschen Vereins für Psychiatrie (s. diese Wochenschr. 1920 Heft 5-6 S. 40). Auch die diesjährige Versammlung bot ein ähnliches Bild: von Bayern sah ich fast nur Direktoren, von Brandenburg, wo für jede Anstalt nur eine Reisebeihilfe bewilligt war, waren sechs Direktoren und drei stellvertretende Direktoren da. Daß auch andere Ärzte Interesse für die Versammlungen haben, geht daraus hervor, daß aus den Brandenburger Anstalten allein mehrere Ärzte auf eigene Kosten die Hamburger Versammlung besuchten. Hoffen wir auf baldige Abhilfe in dieser Beziehung!

Bei der

Einteilung des ärztlichen Dienstes

ist es zweckmäßig, daß zwei bis drei Ärzte sich regelmäßig auf ihren Abteilungen vertreten und auch den übrigen Ärzten nach Möglichkeit Gelegenheit zur vertretungsweisen Visite auf allen Abteilungen gegeben wird. Dadurch ist auch ein Abteilungswechsel, vielleicht von Jahr zu Jahr, erleichtert.

Im allgemeinen werden wir Ärzte wohl alle mehr als acht Stunden Dienst tun, denn die für Fortbildung durch wissenschaftliche Arbeit und Lektüre aufgewendete Zeit muß doch auch dem Dienste zugerechnet werden, da sie ja unserer dienstlichen Tätigkeit zugute kommt. Bezüglich der Freizeit halte ich es nicht für angebracht, die Forderung freier Tage oder Nachmittage so sehr hervorzuheben, es klingt so unwürdig und erinnert an die Forderungen von Dienstboten. Daß wir Freizeit zur Erholung brauchen, ist natürlich; wir bedürfen dieser vielleicht mehr als mancher andere Beruf. Am besten und würdigsten erscheint mir die Regelung in der Art zu sein, wie ich es von verschiedenen Anstalten und aus eigener Erfahrung kenne, daß die Nachmittagsvisiten von einem Arzte für zwei oder drei Abteilungen im Wechsel und in gegenseitiger Vertretung gemacht werden, entspre-



chend auch der Sonntagsvormittagsdienst, während für den Sonntagsnachmittagsdienst die Zahl der diensttuenden Ärzte wohl gut noch weiter verringert werden kann, den so vom Visitendienst befreiten Ärzten ist dann freie Verfügung über ihre Zeit gegeben, die sie zu wissenschaftlicher Betätigung oder zu Privatzwecken verwenden können. Ein Arzt, der diese Zeit nur als völlige Freizeit verwenden würde, würde wohl schwerlich auch durch stärkere Heranziehung zu geregeltem Dienst einer ernsteren Berufsauffassung zugeführt werden können, er ist als verloren für den Beruf des Psychiaters anzusehen.

Eine Einrichtung, die vielfach zu recht unwürdiger Kontrolle der Ärzte geführt hat oder gar noch führt, ist das

Referat des Oberpflegepersonals

beim Direktor. Über die wirklich in dieser Beziehung vorkommenden Mißstände will ich hier mich nicht weiter auslassen, nur darauf hinweisen, daß auch ohne die eigentliche Absicht des Direktors zum mindesten der Anschein einer Kontrolle der Ärzte erweckt werden kann. Das Oberpflegerreferat erfolgt wohl meist an der Hand des aufgestellten schriftlichen Tagesberichts, was ist da natürlicher, als daß der Direktor auch Fragen nach dem Verhalten der aufgenommenen oder als unruhig aufgeführten Kranken u. ä. stellt; das aber sind doch alles ärztliche Angelegenheiten, die ins Referat des Arztes gehören. Streng genommen, hat sich das Referat des Oberflegepersonals doch nur mit dem Dienst des Personals und mit ev. wirtschaftlichen Vorkommnissen zu befassen. Am besten erfolgt das Oberpflegerreferat vor versammeltem Ärztekollegium, dem dann auch gleich Gelegenheit zu Meinungsäußerung gegeben ist. Es braucht dazu nicht eine besondere Zusammenkunft, etwa früh vor der ärztlichen Visite, angesetzt zu werden; das Referat kann sehr wohl am Beginn der täglichen Ärztekonferenz stattfinden, da es ja doch meist sehr kurz sein wird. Diese Einrichtung besteht auch tatsächlich an mir bekannten Anstalten.

Es soll damit natürlich nicht dem Direktor die Möglichkeit beschränkt werden, mit dem Oberpflegepersonal entsprechende Fragen zu erörtern, nur glaube ich, daß so am besten einem Übergreifen dieser Besprechungen auf ärztliches Gebiet vorgebeugt und damit auch der Anschein einer unwürdigen Kontrolle der Ärzte vermieden wird.

Nur kurz will ich hier einen Vorschlag Kolbs (4) erwähnen, die

Heranziehung von Kranken oder Angehörige[n] solcher bei Beratung über Anstaltsangelegenheite[n]

so bei Beratung über Bestrafung von Pflegeper-sonal. — Zuerst: Die Ärztekonferenz — ein Ärzte-rat, der über den Direktor Urteil fällt — dann ein Krankenrat, der über Pfleger, vielleicht auch über Ärzte zu urteilen hat. — Dieser Vorschlag is[t] so absurd, daß er wohl allgemein als standesunwür-dig und nicht weiter diskutabel angesehen wird.

Zum Schlusse noch zwei Wünsche, deren Ver-wirklichung sich wohl leider nicht überall erreiche[n] lassen wird: der erste ist ein besonderes

Dienstzimmer

für jeden Arzt oder für höchstens zwei gemeinsa[m] wo man ungestört seine schriftlichen Arbeiten er-ledigen kann, denn in dem gemeinsamen Konferenz-zimmer zu arbeiten, ist oft nicht angenehm, wen[n] überhaupt möglich.

Der zweite Wunsch ist der einer

Schreibkraft für den ärztlichen Dienst,

ich verweise hier auf die Ausführungen vo[n] Groß,[1]) der in Rufach durch Stellung eines Steno-graphen für jeden Arzt diesen von viel unnötige[r] Schreiberei befreite. Sicherlich würden vielfac[h] dann auch die Krankengeschichten vollständige[r] und besser geführt werden können, wenn man di[e] Möglichkeit hätte, am Krankenbette bei der Visit[e] die Einträge einem Stenographen zu diktieren.

Manche Einzelheiten der oben angeführten Ar-tikel und Schriften habe ich hier nicht berührt, d[a] ich ja keine Dienstanweisung oder auch nur ge-nauere Richtlinien dafür geben wollte. Auch solch[e] Standesfragen, die mit allgemeineren Berufsfrage[n] zusammenhängen, habe ich außer Erörterung ge-lassen und nur die Organisation des Anstaltsdienste[s] betreffende Standesfragen hier behandelt. Wen[n] ich auf manche Mißstände besonders hingewiese[n] habe, so geschah das in der Absicht, eine Bespre-chung derselben an der Hand meiner Veröffent-lichung vielleicht zu erleichtern an den Anstalte[n] wo sie noch bestehen. Mögen meine Zeilen z[u] ihrer Behebung beitragen und damit zur Förderu[ng] des ganzen Standes der Anstaltspsychiater.

---

[1]) Aschaffenburgs Handb. für Psych. Allg. Te[il] Abtlg. 4 S. 97.

Streiflichter aus der Praxis der Verwaltungen.

Fürsorge für eigene Beamte und für Fremde.

Eine Provinzialbehörde erläßt eine Verfügung, in der unter Berufung auf die Pflicht zur Sparsamkeit und auf die Tatsache, daß die Beamten in den Anstalten nunmehr den Beamten in der Zentralinstanz annähernd gleichgestellt wären (bei einem Unterschiede von etwa 1700 M!), in der Hauptsache bestimmt wird, daß in Zukunft nicht nur die Gartenpachtpreise und verschiedenes andere, wie z. B. die Gebühren für Benutzung des Anstaltsfuhrwerkes, nach den ortsüblichen Preisen berechnet werden sollen, sondern auch für die Hauskranken, die einzelnen Ärzte- und Beamtenfamilien überwiesen werden, die Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes an die Anstalt abgeführt werden soll. Wenn man berücksichtigt, daß zum Pachtpreise der Dienstgärten noch eine 4,5 proz. Verzinsung aller gepflanzten Obstbäume und Sträucher und des Zaunes und ein nicht unbeträchtliches Wassergeld hinzukommt, stellt sich dadurch der Preis für den Garten, der doch zumeist mit Hilfe des Hauskranken bearbeitet wird, so hoch, daß der Gartenbetrieb für den Inhaber unrentabel wird und dieser vielfach besser fahren würde, wenn er Kartoffeln, Obst und Gemüse im Handel kaufen würde, wobei auch der Ärger und die Enttäuschungen wegfallen würden, die wohl keinem Gartenbesitzer erspart bleiben. Die der Anstalt wieder zur Verfügung gestellten Gärten sollen durch diese bewirtschaftet werden; es ist allerdings nicht gesagt, wie die Zentralbehörde sich das denkt, da die meisten Anstalten ihres Verwaltungsbezirkes kaum die Kräfte haben, ihren eigenen Wirtschaftsbetrieb aufrechtzuerhalten.

Vor Erlaß der Verfügung ist der Landesmedizinalreferent — welche Stelle leider nicht hauptamtlich, sondern durch einen Direktor im Nebenamte versehen wird — nicht gefragt worden. Es wäre sonst zu bezweifeln, ob dann die Festsetzung der Berechnung der Arbeitskraft der Hauskranken in solcher Höhe in die Verfügung hineingekommen wäre. Man merkt die Luft des grünen Tisches und den Mangel der Kenntnis des Anstaltslebens. Jeder Arzt oder Beamte, der einen Hauskranken beschäftigt, wird wissen, daß das nicht eine reine Freude ist, daß die Kranken in ihrer Arbeit oft unstet, launenhaft, von Krankheitsäußerungen (Wahnideen usw.) beeinflußt sind, daß oft stete Aufsicht und Anleitung erforderlich sind; auch bedeutet der nicht seltene Wechsel ein Gegengewicht gegen die Vorteile durch die Hilfe des Kranken, denn jeder Kranke muß erst angeleitet werden, seine Eigenart ergründet werden. Und ist der Kranke eingearbeitet, schlägt er gut ein, so schlägt auch bald die Trennungsstunde, dann ist er in der Regel so weit, daß er aus der Anstaltspflege entlassen werden kann. Das berücksichtigt die Verfügung gar nicht, sie sieht nur die Vorteile für die Anstaltsbeamten, die sie unberechtigt hoch anschlägt, sie übersieht aber ganz, was diese Einrichtung für die Kranken bedeutet. Für viele Kranke ist sie eben, wie angedeutet, eine Bewährungszeit, eine Probezeit, für sehr viele eine Übergangszeit vor der Rückkehr ins bürgerliche Leben, die doch für unsere Kranken das erstrebenswerte Ziel bleiben soll; sie bietet vielen Kranken, die ihrer Krankheit, ihrem Wesen nach nicht für die Kolonnenarbeit taugen, die Möglichkeit einer anregenden, vielseitigen und ablenkenden Beschäftigung, sie gibt auch manchem den Anreiz, sich zu beschäftigen, der es sonst nicht täte, der es aber jetzt tut, um neben der monotonen Anstaltsverpflegung einmal die Vorzüge der individuellen Privatküche zu genießen — wobei übrigens die Belastung durch einen (meist tüchtigen) Esser, der nebenbei zu verpflegen ist, nicht gering anzuschlagen ist.

Es wäre vom ärztlich-psychiatrischen Standpunkte aus nur zu bedauern, wenn dieses Werk an den Kranken, das die Ärzte, die Beamten und ihre Familien neben ihrer sonstigen Tätigkeit auf sich genommen haben, diesen durch die enorme Verteuerung unmöglich gemacht wird. Eine andere Folge dieser Bestimmung muß man sich einmal überlegen, um das ganze Ausmaß der Verkennung der Lebensbedingungen in einer Anstalt zu begreifen: in den meisten Anstalten des in Frage kommenden Verwaltungsbezirkes, besonders in den abgelegenen, besteht eine große Schwierigkeit, weibliche Hausangestellte zu bekommen; wie soll man überhaupt noch darauf rechnen, ein Dienstmädchen zu bekommen, wenn für die nur stundenweise beschäftigte Hauskranke monatlich 112 Mark, den Hauskranken monatlich 156 M bei „freier Verpflegung berechnet werden soll (bei Zugrundelegung eines ortsüblichen Tagelohnes von 8 bzw. 12 M für 26 Arbeitstage)?

Gegen eine Erhöhung der Gebühren für Inanspruchnahme von Anstaltseinrichtungen und -erzeugnissen usw. an und für sich wird sich wohl keiner, der die Steigerung der Selbstkosten und die Finanzlage der Provinzen berücksichtigt, sträuben, aber diese Erhöhung darf doch schließlich die ohnehin sehr schwierige wirtschaftliche Lage der



festbesoldeten Anstaltsbeamten nicht noch über Gebühr erschweren, zumal, wenn nur ein für den Gesamthaushalt verhältnismäßig sehr kleiner Gewinn herausschaut, dessen Einziehung aber für den Betroffenen selbst sich sehr fühlbar bemerkbar machen wird. Eine Behörde sollte doch gerade jetzt auf diese Schwierigkeiten ihrer Beamten Rücksicht nehmen und diese nicht in eine Zwangslage versetzen, wie sie es jetzt tut, denn sie hat Anstalten, wo die Beamten auf die Erträgnisse ihrer Dienstgärten angewiesen sind, weil in dem kleinen, landwirtschaftlich ungünstig gelegenen Orte kaum Gartenprodukte zu kaufen sind, und wenn, alle zu einem Preise, der gegenüber dem in der Provinzialhauptstadt bedeutend höher ist. Dafür erhalten die Beamten der Zentralinstanz 1700 M mehr Gehalt, dafür 600 M Kinderzulage, anstatt 400 M usw. Das ist die „annähernde Gleichstellung", von der die Verfügung ausgeht, wobei natürlich andere Vorzüge der abgelegenen ländlichen Lage der Anstalten, wie Fernhalten von den schädlichen Ablenkungen und Anregungen und von anderen Gefahren der Großstadt, gar nicht einmal in Rechnung gestellt werden.

Ob es besonders klug ist und die Stimmung der Beamtenschaft hebend, wenn diese Abzüge vor Bekanntgabe dessen, was die Beamten nun eigentlich nach der neuen Besoldungsreform bekommen sollen, verfügt werden, ist eine Frage für sich, die nicht eigentlich hierhergehört. Aber ein „ceterum censeo" sei angeschlossen, was die Anstaltsärzte immer wieder, hartnäckig wie der alte Cato, wiederholen müssen: sorgt für hauptamtliche Landesmedizinalräte, zu deren Dezernat auch die Irrenanstalten gehören, dann werden Verfügungen in solcher Form nicht mehr möglich sein.

Ist so die Behörde für Wohl und Stimmung ihrer Beamten besorgt, so ruht auch nicht ihre Fürso für Fremde. Sie hat kürzlich die schon lange ni mehr zeitgemäßen Sätze für ihre Pensionärans ten um 100 v. H. erhöht, aber selbst die erhöt Sätze decken nicht ihre eigenen Unkosten, so sie für jeden Pensionär jährlich einen Zuschuß leisten hat. Die Erhöhung der Pensionspreise h natürlich ein Abwandern vieler Kranke, deren gehörigen die Aufbringung der höheren Sum nicht möglich war, in niedere Klassen zur F Ebenso natürlich haben viele Angehörige Kranken den Antrag gestellt, die Pflegegelder diese zu ermäßigen und ihnen so ein Weiter bleiben in der Pensionäranstalt zu ermöglic Das Reglement für ihre Anstalten ermöglich der Behörde, solchen Anträgen zu entsprec wenn ärztliche Gründe dafür vorhanden einem Kranken bessere Verpflegung und U kunft zu gewähren. Als nun an einer Anstalt Vorliegen solcher Gründe z. B. bei stumpfen blöden Kranken verneint wurde, die Zentralbeh aber von den Angehörigen weiter bedrängt w und sie sich dem Andrängen gegenüber keinen mehr wußte, suchte sie auf die Leitung einen D auszuüben, doch die ärztliche Notwendigkeit Verbleibens in der höheren Klasse liberaler bisher zu bejahen. Natürlich war man best ihren Intentionen zu entsprechen. — Hier also nicht auf Sparsamkeit gedrängt, aber es ja auch nicht die eigenen Beamten und Anges ten, um die es sich handelt.

Nachtrag bei der Korrektur. Infolge e gischen Einspruchs der Beamtenorganisationen zwar inzwischen die ursprünglichen Sätze he gesetzt, an der Tendenz der Verfügung sowi der Übergehung des Medizinalreferenten ist ni geändert worden.

Mitteilungen.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.** XXIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Jena. Sonnabend, den 30. Oktober von 8 Uhr abends an Gesellige Vereinigung im Hotel zur Sonne. Sonntag, den 31. Oktober I. Sitzung 9 Uhr vormittags in der psychiatrischen Klinik, Oberer Philosophenweg 3, (Gelegenheit zum Frühstück gegen Entgelt in der Klinik). II. Sitzung 1 Uhr mittags. Festmahl 5 Uhr nachmittags in der „Göhre" (Weinrestaurant am Markt).

Tagesordnung. Bisher angemeldete Vorträge: 1. Abderhalden, Halle: Über die Bedeutung bisher unbekannter, in kleinster Menge wirksamer Stoffe für die Zellfunktionen; 2. Anton, Halle: Methodik und Mittel der Gehirndesinfektion (mit Projektion von Diapositiven und Röntgenbildern); 3. Berger, Jena: Zur Pathog des katatonischen Stupors; 4. Böttcher, Leipzig: die Bedeutung der Schwann'schen Zellen; 5. Gold Halle: Zwei Gelenkreflexe im Handbereich, deren gnostische Brauchbarkeit, Lokalisation und funkti Bedeutung; 6. Hirsch, Jena: Der quantitative Nach der Abwehrfermente mittels der interferometri Methode (mit Demonstrationen); 7. Jacobi, Jena: Dementia praecox-Problem im Lichte der interfer trischen Methode; 8. Niessl von Mayendorf, Lei Hirnrinde und Hirnstamm (Projektionsvortrag); 9. Reichmann, Weißer Hirsch: Über Schnellheilung Friedensneurosen; 10. Rössle, Jena: Kurze Demon tionen; 11. Rohde, Erfurt: Über Migräne; 12. Schuch Jena: Über Schlafstörungen nach Encephalitis lethar

Schütz, Leipzig: Die forensische Bedeutung der igkeit; 14. J. H. Schultz, Jena (Weißer Hirsch): ıatotherapie bei Zwangsleiden; 15. Speer, Jena: ıersalvarsanbehandlung der multiplen Sklerose; 16. ›hmayer, Jena: Zur Lokalisation der spinalen Zentren Fußmuskulatur; 17. Wittmaack, Jena: Über experi- ıtelle Zelldegeneration und experimentellen Zelltod Ganglion cochleare.

Anmeldungen zu weiteren Vorträgen werden baldigst, ıeldungen zu der Teilnahme am Frühstück (M 8,—) er Klinik, am gemeinschaftlichen Essen in der „Göhre" leck M 25,—) oder an beiden bis 24. Oktober an I. Geschäftsführer (Berger, Jena, Oberer Philosophen- ; 3) erbeten. Die Hotels „Zum schwarzen Bären", eimarischer Hof", „Oelmühle", „Zur Sonne" und utsches Haus" werden als Absteigequartiere emp- en. Vorherige Anmeldung daselbst dringend er- erlich.

Referate.

— **The Report from the Departement of Pathology the Departement of clinical Psychiatry, Central In- ıa Hospital for the Insane** 1915-1916 und 1916-17, . VII. Dr. G. F. Edenharter.

Der diesjährige Bericht des unseren Lesern wohl- ınnten Instituts in Indianapolis enthält auch diesmal iel wissenschaftliche und statistische Aufsätze der egen M. D. Bahr und Potter in der Psychiatrie Pathologie, daß man sich wundern muß, wie die am itute wirkenden Kollegen soviel Ruhe in der allge- ıen Kriegserregung aufbringen konnten, welche da- nötig ist.

Der Doppelband läßt nach seinem gediegenen In- e und nach seinen Verfassern, den Herren M. D. F. Edenharter, Superintendent, M. D. Bahr M. D. Potter, clinical Psychiater and Pathologist, ı für die nächsten Jahre das gleiche erwarten. Die ellen und die Bilder sind gleichfalls gut gearbeitet.

Dr. Anton Hockauf, Klosterneuburg.

— **Psychiatrische Aufgaben nach dem Krieg.** Von i. Weygandt, Hamburg. Jahreskurse für ärzt- e Fortbildung Maiheft 1916. München, Verlag Leh- n.

Verf. gibt seine Erfahrungen über Psychosen und :hisch-nervöse Störungen während der ersten Hälfte Weltkrieges wieder, wobei er u. a. auch seine an an- r Stelle geäußerte Ansicht erwähnt, nach der die :heinend durch den Krieg ausgelösten Paralysen lfach einen recht rapiden Verlauf zeigen", eine Mei- g, der wir nach unseren Beobachtungen nicht ganz immen können. In seinem Ausblick weist Verf. mit ht auf die große Bedeutung von Lues und Alkoholis- hin.

Kürbitz, Sonnenstein.

— **Unfall und Dementia praecox.** Von Prof. Wey- dt, Hamburg. Mitteilungen aus den Hamburgischen ıtskrankenanstalten Bd. 15 H. 9. Leipzig und Ham- g, Verlag von Leopold Voß.

Unter Zugrundelegung eines in vieler Hinsicht cha- eristischen Falles geht Verf. auf die Frage der De- ıtia praecox infolge eines Traumas ein und er ver- neint schließlich, sicherlich mit Recht, einen inneren, ur- sächlichen Zusammenhang zwischen dieser endogenen Psychose und dem Unfall; auch seine Kriegserfahrungen bestätigen diese seine Auffassung.

Kürbitz, Sonnenstein.

— **Fortschritte der für die Psychiatrie wichtigen bio- logischen, insbesondere serologischen Forschungen.** Von Dr. V. Kafka, Hamburg. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung Maiheft 1915. München, Verlag Lehmann.

Der Titel gibt den Inhalt dieses kurzen Überblickes wieder, durch den eine schnelle Orientierung der ein- schlägigen Fragen möglich ist. Kürbitz, Sonnenstein.

— **Klinik für psychische und nervöse Krankheiten.** Bd. 9 Heft 4. Herausg. von R. Sommer, Gießen. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

In dem vorliegenden Heft findet sich zunächst der Schluß einer Arbeit von Widmann, Marsberg, über Schädeldeformitäten bei Dementia praecox; Verf. weist nach, daß bei Geisteskranken wesentlich mehr Anomalien in der Schädelbildung anzutreffen sind, als bei Geistes- gesunden, insbesondere gilt dies auch für die Dementia praecox.

Arbeitshaus und Landstreichertum werden dann in zwei Aufsätzen abgehandelt, Schwan bespricht das Arbeitshaus in Dieburg (Hessen) und Mönckemöller geht in ausführlicher Weise auf das Thema ein: Das Landstreichertum und die Maßnahmen zu seiner Be- kämpfung de lege und de lege ferenda.

Den Schluß des Heftes bildet ein sorgfältiger Artikel von Michaelis, Gießen: Zur Kenntnis der psychi- schen Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern, auf Grund seiner Beobachtungen in der Sommerschen Klinik.

Kürbitz, Sonnenstein.

— **Praktisches und Theoretisches zum Dialysierver- fahren.** Von V. Kafka, Hamburg. Fermentforschung Bd. 1 H. 3. Leipzig, Verlag S. Hirzel.

Verf. bringt interessante Beobachtungen an Nor- malen, die nie Abwehrfermente im Blutserum oder Urin zeigten, ferner an Kranken, deren Krankengeschichten und Dialysierbefunde er in übersichtlicher Weise neben- einanderstellt und wobei er die Fausersche Beobach- tung der Geschlechtsspezifität bestätigen konnte, u. a. m.

Kürbitz, Sonnenstein.

— **Über eine unter dem Bild des Meningismus ver- laufende Allgemeininfektion mit Gram-negativen Diplo- kokken.** Von Rich. Stephan, Leipzig. Münch. med. Wochenschr. 1916 Nr. 19.

Verf. berichtet über seine im Titel wiedergegebenen Beobachtungen, bei denen sich Urotropin therapeutisch bewährte und eine Nephritis haemorrhagica verhinderte.

Kürbitz, Sonnenstein.

Buchbesprechungen.

— Fröbes, Joseph, S. J., Professor an der philo- sophisch-theologischen Lehranstalt zu Valkenburg: Lehr- buch der experimentellen Psychologie. II. (Schluß-)Band. 704 S. mit 18 Textfiguren und einer Tafel. Freiburg i. Br., Herder & Co., Verlagsbuchhandlung. 60 M, geb. 69 M und Zuschläge.



Behandelt: Die Großhirnlokalisation der elementaren psychischen Vorgänge, die Sprachvorstellungen und ihre Lokalisation (die Aphasien), Amnesie, Aufmerksamkeit, das Ich, Gedächtnis, Verstand, Phantasie, Sprache, Gemütsbewegungen, die höheren Gefühle, Ausdrucksbewegungen, Willensleben, Sittlichkeit, Religion, Gesamtpersönlichkeit, psychische Entwicklung, Schlaf und Traum, Hypnotismus, Suggestion, Pathologie des Seelenlebens, Geisteskrankheiten. Bemerkenswert ist, daß Verf. sagt (im Vorwort), daß die Beiträge der Psychopathologie fast in jedem Kapitel der Psychologie zu Worte kommen.

Ein überaus reichhaltiges Buch.

— Hochstetter, Prof. Dr. Ferdinand, Vorstand der II. anatomischen Lehrkanzel der Universität in Wien: Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gehirns. I. Teil. Herausgegeben mit Unterstützung der Akademie der Wissenschaften in Wien aus den Erträgnissen der Erbschaft Czermak. Mit 18 Abb. im Text und 25 Tafeln. Wien und Leipzig 1919, Franz Deuticke. 45 M.

Dieses Werk Hochstetters, der sich seit fast 30 Jahren auf dem Gebiet der Gehirnentwicklung beschäftigt hat, muß das allergrößte Interesse der Hirnanatomen, Psychiater und Neurologen erwecken. Wie H. in der Einleitung hervorhebt, liegt über die Entwicklung des menschlichen Gehirns während der ersten vier Monate des Intrauterinlebens aus neuerer Zeit eigentlich nur eine einzige einigermaßen zusammenhängende Darstellung vor, nämlich die von His in seinen zahlreich Schriften über diesen Gegenstand, nach denen sich Beschreibungen in den Lehrbüchern der Anatomie richten pflegen. Aber, sagt H., das Embryonenmater das His für seine Forschungen benützt hat, war z allergrößten Teil ganz schlecht erhalten und daher v kommen ungeeignet zu Untersuchungen über Ein heiten der Form des Gehirns bestimmter Entwicklun stadien. Für die Schnittserien, die Hochstett seinen Studien zugrunde gelegt hat, kamen nur solch Betracht, die von solchen durch Operation zutage förderten Embryonen hergestellt waren, bei denen keine oder nur ganz geringfügige postmortale Verän rungen fanden.

Im Laufe der 157 Seiten in extra groß Quartfor umfassenden Arbeit weist Hochstetter wieder die Irrtümer bei His und anderen nach, und so bede seine Darstellung eine erhebliche Umwälzung in m chen Punkten der Lehre von der Gehirnentwickl Wegen der überaus zahlreichen Einzelheiten muß das Original verwiesen werden, dessen Studium der sich für diese Dinge interessiert, einen wahren senschaftlichen Genuß bereitet.

Therapeutisches.

— **Epilepsiebehandlung mit Luminal.** Von Dr. sine Müller, Berlin-Schmargendorf. **Deutsch.** Wochenschr. 1919 Nr. 21.



Der Dauergebrauch des Mittels braucht die Tagesosis von 0,3 nicht zu überschreiten, um bereits beriedigende Wirkungen zu erzielen. Wo höhere Gaben ingere Zeit hindurch erforderlich sind, scheint der Fall ner eingehenderen Überwachung zu bedürfen, als sie für gewöhnlich in der Privatpraxis ausgeübt werden kann.

In mehreren Fällen, in denen die Anfälle sicher durch Verletzungen des Gehirns hervorgerufen wurden, wirkte das Luminal prompt gegen die Anfälle, wenn auch im

übrigen die Arbeitsfähigkeit der durch das Trauma psychisch schwer erschütterten Leute nicht hergestellt werden konnte. In allen Fällen aber, in denen die Anfälle wahrscheinlich durch psychogene Ursachen hervorgerufen wurden, versagte es. Die Unterschiede waren so auffällig, daß man sich versucht fühlt, das Luminal als diagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung zwischen Hysterie und Epilepsie zur Anwendung zu bringen.

— **Über eine Enzephalitisepidemie.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling, Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel. Berl. klin. Woch. 1919 Nr. 22 S. 505.

Therapeutisch bewährte sich außer Bettruhe, Eisblase, wiederholtem Schwitzen, Aspirin, Digalen. Vor häufigen Lumbalpunktionen wird gewarnt. Vom Balkenstich kein Erfolg. Gute Wirkung schienen in

inem Falle wiederholte Einspritzungen von Dispargen u haben. In der Rekonvaleszenz bewährten sich Einpritzungen von Solarson.

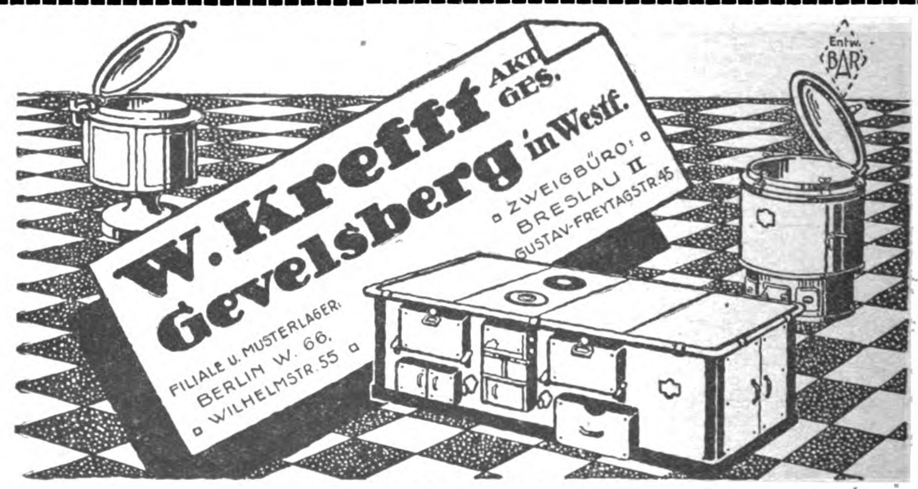
Die Halbmonatsschrift **„Bücherpost“** unterrichtet über ie Neuerscheinungen des deutschen Buchhandels aus len Wissensgebieten und der Unterhaltungsliteratur. ierteljährlich M 2,50. Probenummern sendet die Gehäftsstelle der „Bücherpost“ Frankfurt a. M., Niddaraße 74, postfrei und umsonst.

Wie die Saat, so die Ernte — wie die Lektüre, so e Stimmung. Was uns die Zeitungen vom Alltag erzählen, stimmt uns ernst und bedächtig. Was aber die Meggendorfer-Blätter als satirische und humoristische Glossen zur Zeitgeschichte bringen, läßt den Humor und die heitere Lebensauffassung neu aufleben und auch die Trüben zuversichtlicher in die Zukunft schauen.

Läßt man sich noch durch ihre lustigen Bilder, die zeitlosen Humoresken und Gedichte aus unseren Tagen in die Stimmung sorgloser Jahre entführen, dann wird der vergnügte Leser nach der Lektüre neugewappnet mit guter Laune den ernsten Zeiten gegenüberstehen.

Das Abonnement auf die Meggendorfer-Blätter kann jederzeit begonnen werden. Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und jedes Postamt entgegen, ebenso auch der Verlag in München, Perusastraße 5.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



W. Krefft AKT. GES.
Gevelsberg in Westf.
ZWEIGBÜRO: BRESLAU II GUSTAV-FREYTAGSTR. 45
FILIALE U. MUSTERLAGER: BERLIN W. 66. WILHELMSTR. 55
Entw. BAR

Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 31/32. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.
Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
ieh. San.-Rat Prof. Dr. K. Alt Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. Beyer, oderbirken b. Leichl., Prof. Dr. Bleuler, Zürich, San.-Rat Dr. Deiters, Düren, San.-Rat Dir. Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin), Med.-at Dir. Dr. Fischer, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. Friedländer, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. Herting, Galkhausen hl.), Geh. Med.-Rat Dr. Ilberg, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. Kluge, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. Lehmann, artheck, Geh. San.-Rat Dr. Mercklin, Treptow a. R., Dir. Dr. v. Olah, Budapest, Prof. Dr. A. Pilcz, Wien, Reg.-Rat Dr. H. Schlöß ien, Geh. Rat Prof. Dr. E. Schultze, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen, Reg.-Rat Dr. Starlinger, auer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. Vocke, Eglfing b. München, Prof. Dr. H. Vogt, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. L. W. Weber, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et phil. W. Weygandt, Hamburg.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 31/32. 6. November **1920/21.**

Bezugspreis: 6,— für das Vierteljahr, die bonnementspreise für das Ausind werden nach der vom Deutchen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das usland berechnet. Zu beziehen rch jed. Buchhandlung, d. Post unmittelbar vom Verlage. Erheint bis auf weiteres vierzhntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold-Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Forensisches vom westlichen Kriegsschauplatz.[1])

Von Priv.-Doz. Dr. E. **Rittershaus**, Hamburg-Friedrichsberg.

ie nachstehenden Zeilen haben, wie ja schon aus dem Titel ersichtlich, nicht die Absicht, einzelnes wissenschaftliches Problem erschöp-zu erörtern, sie wollen auch nicht, und sei es in großen Umrissen, ein Bild geben von den erverhältnissen in kriegsgerichtlicher oder sischer Hinsicht im Felde, sondern sollen sich uf beschränken, eine Reihe von forensischen, tischen und kriminalpsychologischen Fragen zu ihren, die unter sich zwar nur in losem Zusammhange stehen, die aber wohl alle ein gewisses tisches oder theoretisches Interesse beanchen dürften. Die Ausführungen beruhen auf Erfahrungen, die Verf. in vierjähriger, ununterhener Tätigkeit als psychiatrischer Gutachter dem westlichen Kriegsschauplatze sammeln e, zuerst, schon von September 1914 ab im . Belgien, dann in der Etappe. Unter etwa gerichtlichen Gutachten befanden sich ja allers vielleicht 100 bis 150 Fälle relativ einfacherer Art, die ganz kurz erledigt werden konnten, dafür war aber der größte Teil des übrigen Materiales um so interessanter, zumal da sich die angeforderten Gutachten nicht etwa nur auf deutsche Heeresangehörige beschränkten, sondern bei der außerordentlichen Objektivität unserer deutschen Militärgerichtsbarkeit auch feindliche Ausländer (meist Belgier und Franzosen), in großer Zahl auf ihren Geisteszustand begutachtet wurden, wenn sich Zweifel an ihrer Zurechnungsfähigkeit erhoben. Und daß in den zahlreichen Spionageprozessen, welche leider nötig waren, die in liberalster Weise zur Verteidigung zugelassenen belgischen Anwälte von dieser Möglichkeit weitgehenden Gebrauch machten, bedarf wohl keiner besonderen Hervorhebung.

Doch von diesem Punkt, der ein Kapitel für sich ist, sei vielleicht an anderer Stelle einmal die Rede; hier möge es sich zunächst um einige Fragen allgemeinerer Art handeln.

Eine häufig wiederholte Forderung, die man an eine etwaige Reform unseres Strafrechtes stellt, ist die, den Richter von dem Zwange des Buch-

[1]) Nach einem Vortrage in der Hamburger Forenpsychologischen Gesellschaft.



stabens mehr als bisher frei zu machen, und ihm zu ermöglichen, mit einer gewissen Elastizität, sowohl in strafprozessualer Hinsicht sich gegebenenfalls über rein formale Schranken hinwegsetzen, wenn einmal infolge besonderer Verhältnisse Vernunft Unsinn wird, als auch in strafrechtlicher Hinsicht in weitgehenderem Maße zu individualisieren. Wenn natürlich auch eine radikale Durchführung dieser Forderung zu den unmöglichsten Konsequenzen und letzten Endes zum Umsturz der ganzen Fundamente einer geordneten Strafrechtspflege führen müßte, so hat diese Forderung an sich doch zweifellos eine gewisse theoretische Berechtigung. Ob, und wie weit sie praktisch durchführbar ist, das ist ja natürlich eine andere Frage.

Aber auch im Kriege, wo auf jedem Gebiete Schranken fallen mußten, um einer großzügigeren Auffassung Platz zu machen, wurde in praxi doch nicht so ganz selten gegen rein formale Vorschriften verstoßen, und nicht zum Schaden der Sache.

Zunächst ein Punkt von mehr untergeordneter Bedeutung.

In der MStGO. stand, in Analogie mit dem § 79 StPO. „Ist der Sachverständige für die Erstattung von Gutachten der betreffenden Art im allgemeinen beeidigt, so genügt die Berufung auf den geleisteten Eid." Unter Hinweis hierauf beantragte ich meine allgemeine Vereidigung; dies wurde abgelehnt, mit der Begründung, daß die ministeriellen Ausführungsbestimmungen hierzu nur für den Frieden erlassen seien, und daß neue diesbezügliche Verfügungen für den Krieg nicht existierten. An einer anderen Dienststelle wurde dann meinem Antrage anstandslos Folge gegeben, da diese Verfügungen sinngemäß auf die Verhältnisse des Krieges anzuwenden seien, ganz abgesehen von vorliegenden Präzedenzfällen.

Sachlich war dies nämlich eine außerordentliche Erleichterung. Nach § 195 MStGO. kann die Beeidigung protokollarisch vorgenommen werden wegen zu großer Entfernung usw., in dem vorliegenden Falle also durch eine protokollarische Berufung auf den allgemeinen Sachverständigeneid. Das ist natürlich für den Sachverständigen, dessen ausführliches schriftliches Gutachten sich bei den Akten befindet, eine recht überflüssige und zeitraubende Formalität, und es muß dankbar anerkannt werden, daß von den meisten Gerichten stillschweigend darauf verzichtet wurde. Vielleicht half man sich damit, daß nach § 305 MStGO. die Verlesung des Gutachtens (in dessen Einleitung ich mich schriftlich auf den allgemeinen Sachverständigeneid berufen hatte), auch ohne die protokollarische Vereidigung vom Anklagevertreter und von dem Beschuldigten b[illegible] antragt wurde. Ob dies allgemein in dieser [illegible] geschah, entzieht sich natürlich meiner Kennt[illegible] jedenfalls aber wäre das ein Ausweg, hier wen[illegible] stens die Form zu wahren, ein Ausweg allerdin[illegible] der vom Gesetzgeber in solcher Verallgemeinerun[illegible] sicherlich nicht gewollt und also, strenge geno[illegible] men, eine Inkorrektheit war, den ich aber s[illegible] wohltätig empfunden habe und der jedenfalls n[illegible] mandem geschadet hat.

Eine andere Frage, bei der man, wie es den [illegible] schein hatte, unter dem Zwange der sachlic[illegible] Notwendigkeit nicht so ganz selten von der [illegible] meinen Meinung abwich, war der Begriff des L[illegible] des- bzw. Kriegsverrates. Bei der äußerst [illegible] schickten Verteidigung der belgischen Anwält[illegible] bei der geradezu raffinierten Geschicklichkeit, [illegible] der die belgischen Angeklagten — oft 60 und m[illegible] in einer Verhandlung — die Begriffe zu verwir[illegible] und sich herauszulügen wußten — sie spielten fö[illegible] lich Fangball mit ihren verschleiernden Behaupt[illegible] gen und Ausreden, kaum einer suchte den and[illegible] zu belasten, jeder suchte dem andern zu helfen [illegible] belastet wurden nur Geisteskranke oder bereits [illegible] früheren Prozessen abgeurteilte und erschoss[illegible] Landsleute —, unter allen diesen Umständen wa[illegible] oft außerordentlich schwierig, einen objektiven [illegible] weis der Schuld zu führen, auch wenn jeder Ri[illegible] ter subjektiv vollkommen davon überzeugt w[illegible] und die Anklage mußte oft froh sein, wenigst[illegible] in abgeschwächter Form einen gefährlichen Sp[illegible] für einige Zeit unschädlich zu machen.

Wenn also der **vollendete Kriegsve[illegible] rat** nicht nachgewiesen werden konnte, so d[illegible] vielleicht der **Versuch** oder die **Beihil[illegible]** Aber auch das war oft nicht möglich, man mu[illegible] sich dann mit der **Beihilfe zum Versu[illegible]** begnügen, bei der eine doppelte Zurückführ[illegible] des ursprünglichen Strafrahmens nötig war: a[illegible] die **Beihilfe zur Beihilfe** als mit[illegible] bare Beihilfe kam in Frage. Nun ist man a[illegible] eigentlich zu Ende; und doch stellte sich zuwe[illegible] die Notwendigkeit oder die Möglichkeit einer n[illegible] weiteren Abschwächung heraus. Ein **Versu[illegible] der Beihilfe** ist nach **Olshausen**[3]) z[illegible]

---

[2]) Es wäre vielleicht nicht uninteressant zu wis[illegible] ob bei den Verfahren der belgischen oder französisc[illegible] Kriegsgerichte gegen deutsche „Kriegsverbrecher" a[illegible] deutsche Anwälte zugelassen und ob gegebenen[illegible] deren Einwände mit solcher Objektivität gewür[illegible] wurden, wie es hier geschah.

[3]) **Olshausen**, Kommentar für das Strafges[illegible] buch für das Deutsche Reich. S. 194. Berlin 1916.

riffIich durchaus denkbar (ebensogut wie etwa Versuch der Anstiftung), jedoch ist nach der geinen Meinung und nach vielen juristischen Auto- ein solcher Versuch der Beihilfe im allgemeinen itiv rechtlich straflos. Trotzdem spielte dieser riff in Ermangelung etwas Besseren zuweilen, nigstens in den Ausführungen des Anklagever- ters und der Verteidigung eine Rolle — ob auch ler Urteilsfindung und Begründung, entzieht sich ürlich unserer Kenntnis, da es sich meist um ein ndgerichtliches Verfahren handelte, in dem das eil zunächst ja nicht bekanntgegeben wurde. veilen aber ging man noch weiter, auch der rsuch der Beihilfe zum Versuch l die Beihilfe zum Versuch der Beife wurden von der Verteidigung geltend ge- cht, um einen minderschweren Fall zu konstru- n, und mußten vielleicht berücksichtigt werden. 3 allerdings dieser Kettenbruch noch weiter gesetzt wurde, ist nicht wahrscheinlich.

In einem anderen Falle hätte man einmal bei- e ein neues Delikt konstruieren bzw. man hätte h dem Grundsatze: nulla poena sine lege trotz ren objektiven Sachverhalts zu einer Freispre- ng gelangen müssen, ähnlich wie seinerzeit bei 1 ersten „Diebstahl" von Elektrizität.

In dem speziellen Falle, den wir hier vor Augen en, war dies zwar durch einen glücklichen Zu- nicht nötig, jedoch hätte nicht viel daran ge- t; außerdem ist der Fall aber auch kriminal- chologisch in verschiedener Richtung nicht un- ressant, so daß er vielleicht etwas ausführlicher childert werden darf.

Es handelte sich um das Delikt des Spionage- ruges. Der Angeklagte, ein früherer Kellner und er Hochstapler, ein großer Maulheld und Schwätzer, ein ganz gerissener Kunde, hatte sich dem deut- n Nachrichtendienst als Spion zur Verfügung ge- , seine Leistungen waren aber recht zweifelhafter da er sein eigenes Leben nur höchst ungern einer hr aussetzte.

Schon im Herbste 1914 bei dem Vormarsch auf Lille er sich nicht etwa selbst dorthin begeben, sondern wohlweislich hinter der deutschen Vorpostenlinie inem Estaminet zurückgeblieben. Dafür hatte er Geliebte, sie sei hier Eva genannt, in das damals von den Franzosen besetzte Lille gesandt, mit dem ücklichen Auftrage, Ansichtskarten, Trambahn- s usw. von dort mitzubringen, die er dann als Be- stücke benutzte, um darzutun, daß er selbst dort sen sei. So behauptete wenigstens Eva, er be- es.

päter verlegte er den Schauplatz seiner Tätigkeit Holland. Von da aus sandte er dann seine Eva in ler Absicht nach England, wiederum also um ihm bahnfahrkarten, Hotelrechnungen und -reklamen u. ä. zu besorgen. Er selbst ist höchstwahrscheinlich nie drüben gewesen, wenigstens nachgewiesener- und dann auch zugestandenermaßen nicht zu den Zeiten, bezüglich deren er es zunächst behauptet hatte.

Er hat dann in ganz raffinierter Weise Telegramme gefälscht. Zunächst erhielt er aus England solche rein geschäftlichen Inhalts an die Firma, die er zum Schein in Holland betrieb. Dann sandte er aus einer anderen Stadt Hollands an sich selbst Telegramme mit dem Chiffreinhalt, den er angeblich durch seine Agenten aus England erhalten haben wollte. Nun weichte er die auf die Telegrammformulare aufgeklebten Papierstreifen, die den Text enthielten, ab und klebte den eigenen Text auf die echten englischen Formulare. Diese sandte er dann an die deutsche Nachrichtenstelle ein. Dabei vergaß er aber zweierlei. Einmal enthält die Adresse jedes Telegramms einige dienstliche Zahlen, von denen eine (neben Datum, Aufgabezeit usw.) die Zahl der Telegrammworte enthält. Das stimmte nun natürlich nicht mehr. Ferner sind die aufgeklebten Textstreifen auf der Rückseite gummiert, er mußte sie aber natürlich nach dem Abweichen mit einem neuen Klebestoff aufkleben, und nun sah man deutlich, auch mit dem bloßen Auge, daß dieser neue Klebestoff an vielen Stellen am Rande des Streifens hervorgequollen war, es war also klar, daß es sich nicht mehr um den ursprünglichen gummierten Papierstreifen handelte.

In dieser und ähnlicher Weise hat er im Laufe der Zeit von den deutschen Behörden etwa 45 000 M für angebliche Nachrichten erschwindelt.

Erschwert wurde der Fall nun noch durch den dringenden Verdacht, daß er außerdem auch im Dienste des feindlichen Nachrichtendienstes gestanden und nicht nur falsche, sondern auch von englischer Seite inspirierte, irreführende Nachrichten übermittelt habe. Einmal wurde Eva nämlich in England verhaftet, desgleichen ihre Mutter, die ihr nachgereist war, als sie nicht zurückkehrte. Dann aber wurden ganz plötzlich beide durch Vermittlung eines „Geschäftsfreundes" in Freiheit gesetzt und nach Holland zurückgesandt. Ferner stand er im Verdacht, einen anderen deutschen Agenten den Feinden denunziert zu haben, noch weitere Momente kamen in Frage, doch dürfte es zu weit führen, auf alles näher einzugehen.

Leider konnten alle diese Punkte nicht absolut sicher bewiesen werden, vor allem deshalb nicht, weil die Oberste Heeresleitung dem Gerichte aus unbekannten Gründen die Auskunft darüber verweigerte, ob die von dem Angeklagten gelieferten Nachrichten alle oder größtenteils falsch gewesen seien, und ob ein erheblicher Nachteil dadurch entstanden sei.

Verurteilt wurde er nur wegen Betruges. Der Einwand, daß die Spionage eine unsittliche Handlung und damit der mit ihm abgeschlossene Dienstvertrag ungültig sei, wurde natürlich von der Verteidigung nicht erhoben, da selbstverständlich eine solche Tätigkeit im Interesse des Vaterlandes nicht unsittlich ist. Wie aber nun, wenn er kein Deut-



scher, sondern etwa ein Holländer gewesen wäre? Dann hätte man ihn wahrscheinlich aus derartigen Motiven freisprechen müssen, falls man nicht eben das neue Delikt des „Spionagebetruges" mit allen seinen eigenen Tatbestandsmerkmalen unter den Begriff des Betruges etwas gewaltsam hätte subsummieren wollen.

Der Fall ist aber noch aus einem anderen Grunde interessant. Der Angeklagte war zweifellos ein psychopathischer, degenerierter Mensch, § 51 StGB. konnte aber natürlich nicht in Frage kommen. Jedoch war der Angeklagte hier gar nicht das Objekt der psychiatrischen Begutachtung (höchstens indirekt in bezug auf die Glaubwürdigkeit seiner Aussagen, soweit sie für das Gutachten in Frage kamen), sondern es handelte sich hier um die psychiatrische Begutachtung einer Zeugin, der Hauptbelastungszeugin, auf ihren Geisteszustand bzw. ihre Glaubwürdigkeit, was an sich ja im Strafprozeß nicht vorgesehen ist.

Eine derartige Begutachtung von Zeugen ist ja eine alte psychiatrische Forderung, die z. B. auch schon auf der Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Berlin 1908 und später ausführlich diskutiert wurde, die aber aus naheliegenden praktischen Erwägungen natürlich wohl ein frommer Wunsch bleiben wird, auch bei der Einschränkung von Heimberger[4]) auf diejenigen Zeugen, welche selbst Anzeige erstattet oder Antrag auf Strafverfolgung gestellt hatten.

In dem vorliegenden Falle genügte eine mehrmalige poliklinische Untersuchung, doch wäre auch, falls nötig, eine Einweisung auf die psychiatrische Abteilung des Lazaretts[5]) sicherlich zu erreichen gewesen. Nach einer während des Krieges erlassenen Verfügung war dies ja bekanntlich nicht gleichbedeutend mit der Einweisung in eine öffentliche Irrenanstalt gemäß § 217 MStGO. Das Lazarett galt in diesem Sinne nicht als „Irrenanstalt", auch nicht in der Heimat, selbst wenn die fragliche psychiatrische Abteilung sich in einer Irrenanstalt befand.

Eine derartige liberale und weitherzige Auffassung entspricht durchaus den schon seit Jahren immer wieder vergeblich vertretenen psychiatrischen Bestrebungen, die Irrenanstalt doch n immer nach veralteten Vorurteilen als „Schreck ort" anzusehen und die Aufnahme mit allen m lichen juristischen Kautelen zu versehen und Möglichkeit zu erschweren; die Verfügung se sich über alle diese Bedenken hinweg, sie hat vorzüglich bewährt und die psychiatrischen W sche in dieser Richtung glänzend gerechtfer sie ist aber doch, rein formal genommen, eine e gewaltsame Umgehung der Bestimmungen § 217 MStGO. und ein direkter Widerspruch g den Willen des Gesetzgebers.

Es wäre sicherlich wünschenswert, wenn im bürgerlichen Leben etwas ähnliches mö wäre, vielleicht sogar als Vorbereitung auf moderne und großzügige Reform unseres S prozesses in diesem Sinne, also eine Milde der engherzigen Bestimmungen des § 81 S (etwa unter Heranziehung von psychiatris Kliniken oder offenen Abteilungen, wie erst lich eine in der Hamburger Irrenanstalt F richsberg errichtet wurde — wenn doch e dem Moloch „Vorurteil" ein Opfer gebracht den soll), doch wird dies alles einstweilen noch ebenso ein frommer Wunsch bleiben, wi andere „Inkorrektheit", von der hier die Rede soll, die psychiatrische Begutachtung von Ze

In dem vorliegenden Falle nun hatte der schuldigte die Behauptung aufgestellt, sein hältnis, die Eva, wie wir sie aus Diskretion ne wollen, die Hauptbelastungszeugin, sei sc hysterisch, lügenhaft und völlig unglaubwür

Der Fall selbst lag außerordentlich kompliziert nächst bestand einmal eine sehr schwere erbliche lastung. Der Vater hat getrunken und starb Irrenanstalt, möglicherweise allerdings, was aus de üblich, sehr dürftig geführten belgischen Kran schichte nicht sicher zu ersehen war, an progre Paralyse. Dies würde dann ja weniger zu be haben. Die Mutter selbst machte einen recht ve menen, schwer degenerierten Eindruck, eine Tan sich ebenfalls in einer Irrenanstalt befinden, nähere nicht zu ermitteln, und der einzige Bruder der befand sich gleichfalls, und zwar als gemeingefäh Geisteskranker mit der Diagnose „moralischer Sch sinn" in einer Anstalt, nachdem er einen ansch recht gefährlichen Mordversuch unternommen Eine Dementia praecox erschien vielleicht nicht ausgeschlossen.

Die Zeugin selbst, die zwar sicherlich nicht g krank war, wurde nun von dem Beschuldigten s wie auch von ihrer eigenen Mutter übereinst als hysterisch, moralisch verkommen und lügenha schildert. Zweifellos handelte es sich auch um schwer degenerative Entartung mit gewissen

---

[4]) „Gerichtsärztliche Wünsche." Handbuch d. dtsch. Med.-Beamten-Vereins 1905.

[5]) Ich hatte dort auch eine weibliche Abteilung auf der psychiatrischen Station für Angehörige der deutschen Kolonie, für weibliches Heeresgefolge sowie für Belgierinnen, die während der Straf- und Untersuchungshaft psychisch erkrankten oder zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand eingewiesen wurden.

;hen Defekten, die wohl zur Gruppe der Hysterie im ·eiteren Sinne gezählt werden konnte.

Bezüglich der sachlichen Angaben der Vorgeschichte immten die Aussagen der Zeugin mit denen ihrer Mut- :r im wesentlichen überein, so daß sie wohl als richtig orausgesetzt werden dürfen. Die einmal in den Akten eäußerte Vermutung übrigens, daß die Mutter nur des- alb so aussagte, weil der Angeklagte diesmal zur Ab- echslung ihr selbst als captatio benevolentiae die Ehe ersprochen habe, ließ sich nicht beweisen; sie tat auf orhalt entrüstet und hat ihrer Tochter, in der sie irr- imlicherweise die Urheberin dieses Gerüchtes zu sehen aubte, noch am gleichen Abend in einer großen Szene as ganze Gesicht zerkratzt und sie zum Hause hinaus- eworfen.

Die Zeugin selbst nun hatte Nachtwandeln bis zum . Lebensjahr, war immer ein wildes Kind, lernte sehr it, war aber sehr eigensinnig und verstand es stets, ren Kopf durchzusetzen. Im übrigen war sie ein recht ipriziöses Geschöpfchen, sprunghaft, schwankend und itterhaft in ihren oft scheinbar ganz unmotivierten Ent- hließungen, launisch wie Aprilwetter und aus lauter 'idersprüchen zusammengesetzt. Ohne etwa besonders ark sexuell veranlagt zu sein, war sie in dieser Hinsicht n einer geradezu kindlich-naiven Amoral, die man schon ium mehr als unmoralisch bezeichnen könnte. Mit ielender Leichtigkeit wechselte sie ihre Liebhaber, itte oft vier bis fünf Verhältnisse zu gleicher Zeit und ußte dabei natürlich fortgesetzt lügen und schwindeln, imit die einzelnen Liebhaber sich nicht gegenseitig in e Haare gerieten. Man meint eine Satire von Wede- nd vor sich zu sehen, und wie dort stand Eva stets voll- mmen über der Situation und amüsierte sich köstlich er die ganze Sache. Mit lachendem Munde und ganz talistisch erklärte sie, sie sei nun einmal so geschaffen id könne nicht treu bleiben. Auch während des Pro- sses, der sich über zwei Jahre hinzog, wechselte sie ehrmals ihre Stellung zu dem Angeklagten, bald er- ärte sie, nichts mehr von ihm wissen zu wollen, bald zeichnete sie sich wieder als seine Braut und schrieb n liebevolle Briefe in die Untersuchungshaft, je nach ıune.

Dazu kam weiterhin noch eine etwas mysteriöse schichte mit einem deutschen Kriminalbeamten, der bei ihrer ersten Untersuchung, sogar unter Drohung t einem Revolver, zu ihrer Aussage gezwungen haben, späterer Zeit aber anderen Zeugen gegenüber ge- ßert haben soll, er liebe Eva und wolle sie heiraten; ch anderer Lesart wieder, sie sei in ihn verliebt oder r, sie sei sein Verhältnis. Dies schien natürlich zu- chst ein Schulbeispiel von Pseudologia phantastica zu n, jedoch stammten die Angaben meist gerade nicht n Eva, sie selbst äußerte sich sehr zurückhaltend und illte schließlich gar nichts mehr von der Sache wissen, d auch der betreffende Beamte hatte bei seiner Ver- hmung recht gewundene Aussagen gemacht. In der rhandlung selbst wurde auf diesen Punkt überhaupt ht eingegangen. Kurz, die Frage war so kompliziert e nur möglich.

Trotz alledem gelangte das Gutachten zu dem Schlusse, daß die Zeugin doch mit allergrößter Wahrscheinlichkeit in diesem Falle vollkommen glaubwürdig sei, und zwar aus folgenden Gründen: Schwere hysterische Erscheinungen, wie Anfälle, Lähmungen usw. waren nicht nachzuweisen.

Die vollkommene moralische Haltlosigkeit war sicherlich zum großen, wenn nicht zum größten Teil Folge des Milieus, in dem sie aufgewachsen war: ihre Mutter war auch nicht besser, wechselte ihre Liebhaber mit der gleichen ungenierten Selbstverständlichkeit wie die Tochter, ja sie hielt diese direkt zur Prostitution an und schimpfte, wenn Eva bei der Wahl ihrer Verhältnisse nicht genügend den Geldbeutel derselben berücksichtigte. Wenn weiterhin die Zeugin log, so war ihr dies nie Selbstzweck, sondern stets nur Mittel zum Zweck in der oben geschilderten Art, gewissermaßen in einer Art verfeinerter Notlüge, um ihre fortgesetzte Untreue, ihre Konsequenz der Inkonsequenz überhaupt zu ermöglichen. Dagegen war eine echte hysterische Lügensucht, eine Freude am Lügen, Verleumden und Unheilstiften nicht nur nicht nachzuweisen, sondern direkt unwahrscheinlich. Das ging aus der übereinstimmenden Aussage aller Zeugen hervor; sie log also nur, wenn sie einen Zweck damit verband. Und wenn sie nun den Angeklagten um jeden Preis hätte belasten wollen, etwa aus Rache oder um ihn los zu sein, oder etwa aus einem hysterischen, gewissermaßen sadistischen Kitzel, so hätte sie reichlich Gelegenheit dazu gehabt, insbesondere bei der Frage seiner etwaigen Gegenspionage, bei ihrer geheimnisvollen Haftentlassung in England. Ganz abgesehen noch von dem Fall des Kriminalbeamten, der doch die schönste Gelegenheit zur Auswirkung einer Pseudologia phantastica gegeben hätte. Doch nichts von alledem.

Und schließlich war sie, abgesehen von einer später eingestandenen Unwahrheit bei ihrer ersten Vernehmung, nicht nur während der ganzen Dauer des Prozesses stets bei der gleichen Darstellung des Sachverhalts geblieben, sondern ihre Aussagen waren später teilweise auch von anderer Seite bestätigt worden, durch Geständnis des Beschuldigten, durch andere Zeugenaussagen oder durch die Tatsachen selbst (wie bezügl. der gefälschten Telegramme).

Das Gericht schloß sich der Auffassung des Gutachtens an und hat die Zeugin vereidigt, nachdem bei der ersten Verhandlung wegen Zweifels an ihrer Glaubwürdigkeit von einer Beeidigung Abstand genommen worden war.

Zum Schlusse sei noch eine andere Frage kurz besprochen, bei der es sich allerdings nicht um eine Abweichung von formaler Korrektheit handelt, nämlich die des s a c h v e r s t ä n d i g e n Z e u g e n gemäß § 85 StPO. Nach der Ansicht wohl der meisten psychiatrischen Autoren kommt dieser Fall für psychiatrische Sachverständige praktisch eigentlich fast nie in Frage, entweder man ist Sachverständiger oder Zeuge. Ob und in welchen anderen Fällen dieser Paragraph einmal in An-



wendung kommen könnte, das ist eine juristische Frage, die uns hier nicht interessiert.

Auch die, natürlich ganz unberechtigten Versuche einzelner Gerichte, den Sachverständigen zum sachverständigen Zeugen herabzudrücken, was natürlich bei der Gebührenberechnung unangenehm ins Gewicht fällt, mögen hier außer acht bleiben, da nach einer bekannten Reichsgerichtsentscheidung [6]) die Tätigkeit des Sachverständigen einwandfrei in dem Augenblick beginnt, in dem er ein Urteil oder eine Schlußfolgerung aus dem Geschehenen ziehen soll, was eben wohl nur auf Grund besonderer Sachkenntnis möglich ist.

Nachdem ich nun in einem Falle ein derartiges Ansinnen mit Erfolg zurückgewiesen hatte, sollte ich zunächst in bezug auf das meinem Gutachten zugrunde liegende Beobachtungsmaterial als Zeuge und dann erst hinsichtlich des Gutachtens selbst als Sachverständiger vernommen und beeidigt werden. Auch das ist natürlich ganz unzulässig, ganz abgesehen davon, daß es nicht üblich ist und der gemeinen Meinung widerspricht, auch schon aus dem fast beleidigenden Mißtrauen gegen die Gewissenhaftigkeit des Sachverständigen, die daraus hervorgeht.

Außerdem deckt aber nach Reichsgerichtsentscheidungen, die für unser psychiatrisches Gefühl eigentlich etwas Selbstverständliches aussprechen, der Sachverständigeneid den Zeugeneid, wie auch umgekehrt.[7])

Da ich nun in diesem speziellen Falle als Sanitätsoffizier ohne jedes finanzielle Interesse war, hätte ich die Möglichkeit gehabt, aus prinzipiellen Gründen meine Weigerung gegebenenfalls bis in die äußersten Konsequenzen durchzuführen, zunächst also etwa unter Verweigerung meiner „Zeugen"aussage auf Grund des § 300 StGB. und, wenn der Beschuldigte mich von der Verschwiegenheitspflicht entbunden hätte, unter Anzweiflung seiner Geschäftsfähigkeit und Forderung eines psychiatrischen Gutachtens hierüber. Glücklicherweise war dies alles jedoch nicht nötig, da ich mit meinem Standpunkt durchdrang und nur als Sachverständiger vereidigt wurde.

Der Fall hatte aber nun noch ein kleines Nachspiel, das eines gewissen unfreiwilligen Humors nicht entbehrt. Der betreffende Kriegsgerichtrat hat nämlich seit diesem Vorfalle nie wieder ein psychiatrisches Gutachten angefordert, und zwar auch nicht in einem Falle, in dem nun wirklich ei mal jene seltene Möglichkeit in Frage kam u ich als „sachverständiger Zeuge" hätte aussag können.

Ein älterer belgischer Arzt in einem kleinen O nahe der holländischen Grenze hatte im August 1! zwei verwundete und versprengte deutsche Soldaten sein Haus aufgenommen, verbunden, beherbergt : verpflegt und so höchstwahrscheinlich vor Ermord durch Franktireurs geschützt. Dies hat man ihm von seiner ganzen Umgebung sehr verdacht, ihn ges schaftlich boykottiert, namentlich von seiten des Ge lichen wurde er mit allen Mitteln des Gewissenszwan bearbeitet, wurde ihm der Vorwurf der Versündig und des Verrates am Vaterlande gemacht, ja sogar s eigene Frau und seine Kinder zeigten ihm in der typisch gischen, fanatischen Art ihren Abscheu und ihre \ achtung über seine Tat. Durch alles das geriet er. gutmütiger, weicher Charakter, in immer zunehme Depression hinein, weinte viel und grübelte unabläs wie er seine „Schuld" an seinem Vaterlande wie sühnen könne. Schließlich ruhte er nicht, bis er (v leicht mit Hilfe des Geistlichen?) zwei versprengte be sche Soldaten gefunden hatte, wie sie sich im Wi 1914-15 ja massenhaft im Lande herumtrieben. Di nahm er, ebenso wie damals die deutschen Soldaten sein Haus auf, verpflegte sie ebenso lange wie jene. half ihnen dann über die holländische Grenze. Da glaubte er seine Tat wieder gutgemacht zu haben.

Vermutlich auf dem Wege der üblichen anonyı Denunziation kam der Vorfall zur Kenntnis der deutsc Behörden, der Arzt wurde festgenommen und erkrai in der Haft wiederum bzw. mit einer neuen schwe Verschlimmerung seines noch nicht ganz abgelaufe Depressionszustandes. Dies führte ihn auf meine teilung, wo er mir die Einzelheiten der Vorgeschicht durchaus glaubwürdiger Weise erzählte. Er blieb längere Zeit in meiner Behandlung und schilderte Vorfälle stets in der gleichen Weise. Schließlich bess sich sein Zustand soweit, daß er als verhandlungsf erklärt werden konnte. Ein weiteres Gutachten i seinen Geisteszustand wurde jedoch nicht gewüns bei der Verhandlung war ich nicht zugegen.

Bei dem Termin selbst machte der Beschuldigte dem Rechte jedes Angeklagten, sich nach Kräften auszulügen, so weitgehenden Gebrauch, daß er we Mangels an Beweisen freigesprochen wurde. Trotz ein ausführliches Geständnis in der Krankengesch aktenmäßig festgelegt worden war, über das ich m als sachverständiger Zeuge hätte aussagen können.

Es ergab sich hier schließlich noch die in essante Frage, ob ich nicht verpflichtet gewe wäre, dieses Geständnis nachträglich dienstlich melden. Gegen die Pflicht des ärztlichen Ber geheimnisses hätte ich gegebenenfalls die bekar Reichsgerichtsentscheidung anführen können, d der höhere ethische Momente von jener Pflicht binden. Hätte es sich hier um einen gefährlic

---

[6]) Entsch. III S. 101 cf. Hoche, Handbuch der gerichtl. Psychiatrie. S. 101. Berlin 1909.

[7]) Entsch. III 100 und VI 154 (nach Hübner, Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. S. 287. Bonn 1914).

on oder um die treibende Kraft einer jener weit breiteten äußerst schädlichen Spionageorganisaen gehandelt, so wäre im vaterländischen Intere mein Weg klar vorgezeichnet gewesen. Dies r aber alles nicht nur nicht der Fall, der Patient d wohl im Gegenteil seinem ganzen Charakter h sich nie mehr mit solchen gefährlichen Dingen aßt haben. Vor allem hätte ich selbst dem schuldigten für die Zeit der Tat mit recht großer hrscheinlichkeit den Schutz des § 51 StGB. zugen müssen, meine Meldung wäre also doch il nur ein Schlag ins Wasser gewesen. Aus allen diesen Gründen schienen mir hier höhere ethische Interessen, die eine Ausnahme des § 300 StGB. begründeten, nicht zu bestehen, und ich unterließ weitere Schritte.

Ein bitterer Gedanke nur bleibt bei alledem zurück: würde in Deutschland in ähnlichem Falle wohl ein solch einheitliches tiefes patriotisches Gefühl unterschiedslos im ganzen Volke herrschen, wie es während der Dauer der ganzen Besetzung in dem belgischen Volke herrschte, und wie es auch dieser Vorfall wieder zeigte?

Mikroskopischer Befund bei Encephalitis lethargica.

Von Dr. **J. Elmiger,** Zweiter Arzt, St. Urban, Kt. Luzern.

er 44 jährige Landarbeiter F. M. erkrankte an Grippe anfangs März 1920. Es zeigten sich Erscheinungen von seiten des Zentralnervenems, Unklarheiten des Denkens, zweck- und oses Umherlaufen, verwirrtes Anworten, dann orientiertheit, Zuckungen im Gesicht und an Extremitäten, Starrheit der Pupillen, schwache aufgehobene Sehnenreflexe, Benommenheit. us am 19. März nach etwa 14 tägiger Dauer der ikheit.

Makroskopischer Hirnbefund: Leichte blutige ibranöse Auflagerungen auf der Dura der s links. Leichtes Hirnödem, Hyperämie der und des Gehirnes. Hirngewicht 1390 g.

Mikroskopischer Befund: An den Gefrierschnitdes Gehirnes läßt sich nichts weiteres nachen besonders keine Blutungen.

ei der Seifenmethylenblaufärbung nach Nißl: Die Schollenbildung des Zellplasmas ist in einzelnen Zellen etwas undeutlich, aber immerhin noch gut nachweisbar, an anderen Zellen ganz deutlich.

Bei der Methylenblaufärbung am Gliabeizgefrierschnitt zeigen sich die Blutgefäße des Gehirns strotzend gefüllt, aber auch hier sind keine Blutungen nachweisbar.

Die Marchische Chrom-Osmiummethode ergibt keinerlei Zerfallsprodukte der Markscheiden.

Zusammenfassung: Außer der geringen Pachymeningitischen Häutchenbildung an der basalen Dura links Hyperämie der Pia und des Gehirnes und leichtem Ödem desselben ist makroskopisch nichts nachweisbar. Der mikroskopische Befund weist ebenfalls nichts Charakteristisches auf als eine stellenweise undeutliche Zeichnung des Zelleibes bei der Nißlfärbung.

nerkungen zu der Arbeit „Zur Sachs-Georgi-Reaktion" von Fehsenfeld in Nr. 23/24 dieser Zeitschrift.

us der serologischen Abteilung der Staatskrankenanstalt und psychiatrischen Universitätsklinik Friedrichsberg in Hamburg.)

Von **V. Kafka.**

hsenfeld kommt auf Grund seiner vergleichenden Untersuchungen, die er mit der R. und der S.-G.-R. vorgenommen hat, zu dem sse, daß die S.-G.-R. nicht nur geeignet ist, Va.-R. zu ersetzen, sondern sogar mehr leistet etztere. Da diese Meinung auch schon von er Seite geäußert worden und daher geeigst, in den Kreisen der Praktiker die Meinung zu erwecken, als würde die Wa.-R. allmählich durch die S.-G.-R. in der serologischen Diagnostik der Lues ersetzt und durch sie verdrängt werden, seien mir ein paar kurze prinzipielle Bemerkungen zu diesem Punkte gestattet. Durch Versuche von Gorn und Klinger, Nathan, Neukirch, Wendlandt u. a. ist erwiesen, daß die S.-G.-R. in anderen Serumveränderungen ihre Ursache hat,



als die Wa.-R. Denn Tiersera reagieren verschieden bei Anstellung beider Reaktionen, Erhitzung der Sera über 56° hinaus beeinflußt beide Untersuchungsmethoden in differenter Weise, aktive Sera reagieren empfindlicher nach der Wa.-R., weniger empfindlich nach der S.-G.-R., vor allem aber haben Versuche, die die mehr oder weniger vollständige Entfernung der Serumglobuline zum Ziele hatten, gezeigt, daß nach und durch solche Einwirkungen zwar die S.-G.-R. zum Schwinden gebracht wird, nicht aber die Wa.-R. Diese Versuche sagen also, daß durch die beiden Reaktionen zwei voneinander verschiedene, aber für Lues spezifische Eigentümlichkeiten der Sera aufgedeckt worden sind. Damit stimmen auch unsere praktischen Erfahrungen überein. Das diagnostische Geltungsgebiet der Wa.-R. deckt sich keineswegs vollkommen mit jenem der S.-G.-R. Daher bringt in vielen Fällen, wo die Wa.-R. versagt, die S.-G.-R. Aufklärung, aber auch umgekehrt; vor allem ist bei alleiniger Anstellung der S.-G.-R die Ablesung von Grenzwerten und überhaupt schwachen Reaktionen schwierig, wenn sie auch durch Benutzung meines Vergleichsagglutinoskops [1]) erleichtert wird. Ferner ist die S.-G.-R. für den Liquor weniger empfindlich als die Wa.-R. auch bei Anwendung höherer Liquormengen (F. Plaut, Kafka u. a.). Unser wesentliches Ziel darf heute nicht sein, die serologische Luesdiagnostik zu vereinfachen, sondern sie auf vollkommen sicheren Boden zu stellen. Dank der Entdeckungen von Sachs und Meinicke sind wir auf dem besten Wege dazu, ja wir dürfen hoffen, aus der serologischen Untersuchung bessere Aufschlüsse bezüglich der Prognose und der Wirkung der Therapie zu erhalten, als bisher, aber nur durch Vereinigung der Wa.-R. und ihrer Verfeinerungen mit den Ausflockungsreaktionen. Es wäre daher verfehlt, bloß der Vereinfachung der Laboratoriumsarbeit wegen Ziele aufzugeben, die uns heute schon erreichbar erscheinen. Ausführliches darüber sei einem späteren Zeitpunkt vorbehalten.

[1]) Beschrieben: Dermat. Wochenschr. 1920, 70. [illegible]

Mitteilungen.

— **Von der Möbiusstiftung.** Während des Krieges ruhte die Tätigkeit der Stiftung. Im Laufe dieses Jahres wurde der Vorstand neugewählt. Es waren diesmal statutengemäß vom Deutschen Verein für Psychiatrie zwei, von der Gesellschaft deutscher Nervenärzte ein Mitglied in den Vorstand zu entsenden und wurden gewählt von letzterer Geh. Rat Prof. Dr. von Strümpell in Leipzig, von ersterem Ob.-Med.-Rat Direktor Dr. Dehio in Colditz a. Mulde und San.-Rat Direktor Dr. Bresler in Kreuzberg, O.-S.

Das Vermögen der Stiftung befindet sich statutengemäß in Verwahrung und Verwaltung des Stiftungsamts des Rates der Stadt Leipzig.

Anfang des Jahres 1920 standen an Zinsen 2130 M zur Verfügung. Darin sind die Zinsen aus der Zeit seit der letzten Preisverteilung vor dem Kriege eingerechnet.

Da öfter Nachfragen über die Statuten der Stiftung an den Unterzeichneten ergehen, sei hier bemerkt, daß dieselben in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift Nr. 16 Jahrg. X 1908-09 und der Nachtrag dazu ebenda Nr. 42 Jahrg. XIV 1912-13 veröffentlicht sind.

Der diesjährige Möbius-Preis wurde vom Vorstand einstimmig und zwar gleichwertig zuerkannt:

Prof. Dr. Oscar Vogt und seiner Gattin Cäcilie in Berlin für ihre hirnanatomischen Arbeiten,

Professor Dr. Ottfried Förster in Breslau für seine Arbeiten auf dem Gebiete der chirurgischen Behandlung der Nervenkrankheiten,

Professor Dr. M. Nonne in Hamburg für seine Arbeiten auf dem Gebiete der Syphilis des Nervensystems.

Bresler.

— **Die Interessen- und Arbeitsgemeinschaft der akademisch vorgebildeten Beamten und Angestellten der Gemeinde Berlin.** Die akademisch vorgebildeten Beamten und Angestellten der Gemeinde Berlin haben sich zu einer Interessen- und Arbeitsgemeinschaft im Berufsverein der höheren Kommunalbeamten Ortsgruppe Berlin zusammengeschlossen, die unter Zugrundelegung der vom Bund höherer Beamten aufgestellten Richtlinien künftig alle beruflichen und wirtschaftlichen Fragen gemeinsam beraten, und der vorgesetzten Behörde gegenüber vertreten soll.

Der Arbeitsgemeinschaft gehören bisher an: Der Gr. Berliner Philologenverband, Berufsverein der höheren Kommunalbeamten Ortsgruppe Berlin, Freie Vereinigung der leitenden Ärzte an den Berliner Krankenanstalten, Verein der Irrenärzte der Stadt Berlin, Verein Städtischer Tierärzte zu Berlin, die Mitglieder des Medizinalamtes, Verein der Städt. Apotheker, die akademisch vorgebildeten Mitglieder der Museen, des Statistischen Amtes und des Wohnungsamtes, die Chemiker der Gas- und Wasserwerke.

Auskunft erteilen: Direktor Dr. Bolle, Berlin-Karlshorst, Realgymnasium, Magistratsrat Dr. Marguhn, Berlin, Rathaus, Oberarzt Dr. P. Sünner, Anstalt Herzberge bei Berlin, Dr. M. Hilzheimer, Berlin, Märkisches Museum.

Gleichartige Vereinigungen haben sich in zahlreichen deren Gemeinden unter Leitung des Berufsvereins ierer Kommunalbeamter gebildet oder sind in Bildung griffen.

— Der **Verein der Schlesischen Provinzialirrenärzte** lt am 29. September 1920 in Breslau eine außerordentle Versammlung ab, auf der von den zehn schlesien Anstalten neun vertreten waren.

Es wurden u. a. folgende Beschlüsse gefaßt:

1. Hinsichtlich der Einreihung der Provinzialirrenärzte in die Besoldungsgruppen soll völlige Gleichstellung mit den anderen akademischen Berufen erstrebt werden.
2. Zur Erleichterung der durch Wegfall der freien Heizung eingetretenen Belastung soll die vorgesetzte Behörde um möglichst wohlwollende Berücksichtigung der überall ungleichen Einzelverhältnisse gebeten werden. Die Direktionen wollen, soweit dies nicht schon geschehen ist, in einer Eingabe die örtlichen Schwierigkeiten in der Beheizungsfrage dem Herrn Landeshauptmann gegenüber betonen.
3. Die Unterzeichnung der vom B. h. B. geforderten Erklärung wird beschlossen mit der Maßgabe, daß die oberschlesischen Vereinsmitglieder von der damit eingegangenen Verpflichtung befreit bleiben sollen, da im besetzten Gebiet ein Zusammenarbeiten mit dem D. B. B. aus nationalen Gründen unbedingt erforderlich ist.
4. Ein Antrag auf Erweiterung des Vereinsvorstandes wird abgelehnt.
5. Zu Reichsverbandsausschußvertretern werden die Herren Sanitätsrat Direktor Dr. Neißer, Bunzlau, und Oberarzt Dr. von Schuckmann, Plagwitz, gewählt.
6. Die vorgesetzte Behörde soll hinsichtlich der Bemessung der Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Krankenzahl gebeten werden, auf 150 Kranke einen Arzt zu rechnen, ausschließlich des Direktors.
7. Die örtliche Repartition der Reisekosten der Teilnehmer an den Vereinsversammlungen soll bei den einzelnen Anstalten angeregt werden.

von Schuckmann.

— Zu **Steinachs** Versuchen, Greise, und wohl auch eisinnen, zu verjüngen — wenn er sie nicht fortpflanigsfähig macht, wird es ihm übrigens nie gelingen — dient eine vor Jahren erschienene Schrift von Dr. Tranjen, Das Altern als abwendbare ankheit (Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchdlung), wieder gelesen zu werden, die ein Beweis ür ist, wie lange schon dieses Problem die Forscher schäftigt hat, und zwar ernstlich, ohne sich von berlichen und scheinhaften Wirkungen täuschen zu sen und sie für „Erfolge" zu halten. So ist z. B. beiders bemerkenswert, daß Tranjen schon einsieht, 3, selbst wenn man das Altwerden verhindern könnte, s menschliche Leben sich vielleicht nur äußerlich ändern würde; manche Menschen würden von den häßlichen und qualvollen Leiden des Alters befreit; aber da bei der allgemeinen Sterblichkeit die Altersschwäche mit etwa 5 v. H. beteiligt ist, so werden eben die künstlich verjüngten Menschen aus anderen Ursachen, also durch Krankheiten, ihr Ende finden, und das Leiden der Menschheit wird nur noch größer, das „sanfte Entschlafen", das sich mancher wünscht, nur noch seltener!

Wegen der interessanten Begründung, wie dem Altern vorgebeugt werden könnte (Immunisierung durch Alterstoxine usw.) muß auf das Original verwiesen werden.

— **Der Lehrfilm in der Irren- und Nervenheilkunde** betitelt sich ein Aufsatz von C. Thomalla in Nr. 3 Jahrg. 1920 der Zeitschrift „Film und Wissen", Monatsschrift für wissenschaftliche Schul- und Privat-Kinematographie mit den Beiblättern „Der Volks- und Jugendfilm" und „Der industrielle Werbefilm". Verlag: Filmkultur-Verlag, G. m. b. H., Berlin-Charlottenburg 2, Kantstr. 6.

Es wird darin ausgeführt, daß Kraepelin bereits seit Jahren seltene, schnell vorübergehende Krankheitszustände und typische Bewegungsvorgänge bei Geisteskranken kinematographisch festgehalten und zu Lehrzwecken verwendet hat. Die rege Sammelarbeit des „Medizinischen Filmarchivs" bei der Kulturabteilung der Ufa hat nun diese wertvollen Filme — über 60 verschiedene Patientenaufnahmen — erfaßt; denn gerade dieses Gebiet ist eine Domäne der medizinischen Kinematographie. Man muß Thomalla beistimmen, daß es von ausschlaggebender Bedeutung für den Unterricht ist, wenn die verschiedenartigen Bewegungsstörungen bei Dementia praecox auf einmal und im Zusammenhang vorgeführt werden können; dabei braucht weder das belehrende Wort noch die lebendige Krankendemonstration zu kurz kommen. Das Gleiche gilt von sehr vielen anderen psychotischen Zuständen, wie Delirien, Rausch, Paralyse, Manie, agitierter Melancholie, Hysterie. Es müßte möglich sein, den jahrelangen Verlauf einer Paralyse im Film in einer Stunde zu sehen, dabei auch die jeweiligen diagnostischen und therapeutischen Eingriffe.

Es wäre leicht, im Film eine genaue und lückenlose Untersuchung des gesamten Nervensystems mit allen seinen Reflexen, Reaktionen und Phänomen an beliebig vielen Fällen vorzuführen, schlaffe Lähmungen, Ataxie, spastisch-paretischen Gang, epileptische, hysterische, paralytische Anfälle. —

Meines Erachtens würde es sich auch erwägen lassen, ob man nicht auch in Irrenanstalten durch solche Lebebilder Vorträge über Geistesstörungen für gebildete Zuhörer zweckmäßig illustrieren und ihnen das Verständnis für Wesen und Erscheinungen dieser Krankheiten erleichtern könnte, da es doch immer eine mißliche Sache ist, bei solchen populären Vorträgen die Kranken selbst zur Demonstration zu verwenden.

Aber auch Filmvorführungen, die den Kranken allgemein Belehrendes und Unterhaltendes bieten, sind in den Irrenanstalten noch viel zu wenig und nur höchst

vereinzelt eingebürgert, und hier wäre es erwünscht, recht bald vorwärts zu schreiten. B.

Buchbesprechungen.

— Bach, G., Bad Elster i. Sa.: Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne". Mit 18 Abb. im Text. VI. Aufl. 126 S. Leipzig und Würzburg 1920, Verlag von Curt Kabitzsch. Brosch. 8 M.

„Künstliche Höhensonne" ist die von der Quarzlampen-Gesellschaft in Hanau a. M. nach Angaben des Verfassers hergestellte Quarzlampe, welche Verfasser als erste zu medizinischen Zwecken sowohl für örtliche als für Allgemeinbestrahlungen 1910 eingeführt hat. Eine ausführliche Beschreibung der „Künstlichen Höhensonne" findet sich in dem Prospekt dieser Lampe, welchen die genannte Gesellschaft auf Wunsch kostenlos zur Verfügung stellt. Die Wirkungen des Quarzlampenlichts auf den Körper werden eingehend erörtert, Anwendung und Erfolge bei den verschiedensten Krankheiten geschildert. Nach der angegebenen Wirkung der Allgemeinbestrahlung auf den Gesamtorganimus (S. 30), z. B. „Gefühl von Beruhigung und Ausgeglichenheit, das sich bis zum Schlafbedürfnis steigern kann", vermißt man umfangreichere Mitteilungen über Anwendung auf dem Gebiet der Psychosen und Neurosen; nur bei Schlaflosigkeit, Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Neuralgien und Ischias werden einige Einzelheiten angegeben. Das Licht der Quarzlampe wirke zweifellos auf die Schmerzen, indem es sie lindert oder ganz aufhebt (S. 59).

Es dürfte sich empfehlen, bei Psychosen und Neurosen ausgedehntere Versuche mit dem Licht der Quarzlampe zu machen. Als Anleitung dazu eignet sich das vorliegende Buch recht gut. B.

— von Ziemssens Rezepttaschenbuch für Klinik und Praxis. 12. Aufl. Mit Berücksichtigung des deutschen Arzneibuchs 1920 neubearbeitet von Prof. Dr. H. Rieder und Dr. M. Zeller, beide in München. 335 S. Leipzig, Georg Thieme. Geh. 9,00 M, dazu 60 v. H. Teuerungszuschlag.

Es ist erfreulich, daß dieses anerkannt bewährte, nützliche Buch in einer neuen Auflage fortlebt, und zweckmäßig, daß die letztere unmittelbar nach dem Erscheinen des deutschen Arzneibuchs 1920 erfolgt ist und dies berücksichtigt. Eine größere Anzahl neuer Heilmittel ist aufgenommen. Bei der Revision der Preise der Arzneimittel und bei den Rezeptberechnungen hat Apotheker Tischler in München mitgewirkt.

von Ziemssens Rezepttaschenbuch, das wohl das beste dieser Art ist, wird sich auch in der neuen Auflage noch weitere Freunde erwerben. Der Preis des Buches ist für die heutigen Verhältnisse auffallend niedrig. B.

— Brückner, Prof Dr. A., und Prof. Dr. W. Meisner in Berlin: Grundriß der Augenheilkunde für Studierende und praktische Ärzte. 649 S. Mit 126 zum Teil mehrfarbigen Figuren im Text und einer farbigen Tafel. Leipzig 1920, Verlag von Georg Thieme. Geh. 27 M, geb. 32 M, dazu 60 v. H. Teuerungszuschlag.

Das Buch will einen Mittelweg finden zwischen den großen Lehrbüchern der Augenheilkunde, die bei den heutigen hohen Druckkosten vom Studierenden kaum gekauft werden können, und den kleinen Kompendien, welche der Vertiefung der wissenschaftlichen Ausbildung kaum förderlich sein können. Die Beziehungen zwischen Augenerkrankungen und übrigem Organismus sind möglichst hervorgehoben. Die Lehre von den Refraktionsanomalien wird hier zum ersten Mal in einem Lehrbuch für Studierende auf Grund der Gullstrandschen Dioptrienlehre dargestellt. Auf S. 4 bis 82 ist die normale Anatomie und die Physiologie des Auges dargestellt. Den Krankheiten der Netzhaut, des Sehnerven und der Sehbahn sind über 50 Seiten gewidmet.

Die Darstellung ist äußerst klar und flüssig, die Einteilung übersichtlich und Umfang und Vertiefung bei der Behandlung des Stoffs für die Bedürfnisse von Studierenden und praktischen Ärzten vollauf ausreichend.

Das Buch wird seinen Zweck voll und ganz erfüllen und muß aufs beste empfohlen werden. B.

— Engelen, Dr., Düsseldorf: Gedächtniswissenschaft und Steigerung der Gedächtniskraft. II. Aufl. 14[illegible] Seiten. München, Verlag der Ärztl. Rundschau Otto Gmelin. 9,00 M.

Behandelt in allgemeinverständlicher Form: Allgemeine Gedächtnislehre, Gehirn und Gedächtnis, Gedächtnisschwäche, gesundheitliche Gedächtnispflege, das Lernen durch Beobachten, das Lernen von Wortzusammenhängen und Vorstellungszusammenhängen (Auffassen, wiederholtes Einprägen), Versuche über Arbeitsersparnis beim Lernen, Steigerung der Gedächtniskräfte (Übung im Beobachten, Übung der Lernfähigkeit).

Ein sehr nützliches Buch, das manche beachtenswerte Ratschläge enthält, z. B. (S. 136), bei der Einprägung laut zu lernen. Es ist gut, daß gegenüber den vielen mit großer Reklame angepriesenen, von Laienpsychologen abgefaßten Schriften über Gedächtnisstärkung und -steigerung wieder einmal die exakte Wissenschaft zu Worte gekommen ist.

— Thalbitzer, Dr. S., Chefarzt an der Kopenhagener Irrenanstalt „St. Hans Hospital": Stimmungen, Gefühle und Gemütsbewegungen. Psychophysiologische Beobachtungen und Analysen. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Harald Höfding. Übersetzt von Erwin Magnus. 102 S. Berlin, Kopenhagen, Kristiania, Stockholm 1920, Neuer Nordischer Verlag (Nyt Nordisk Forlag).

Welchen Gefühlprozeß — sagt Verf. S. 65 — wir auch zum Gegenstand der Untersuchung machen, wird es sich doch zeigen, daß er von allen anderen Gefühlsprozessen nur abweicht durch erhöhtes oder herabgesetztes Gefühl, erhöhte oder herabgesetzte motorische Aktivität und erhöhte oder herabgesetzte intellektuelle Tätigkeit; das menschliche Gefühlsleben ist der [illegible]

druck der quantitativen Seite des Seelenlebens; seine Verschiedenheiten beruhen ausschließlich auf quantitativen Verschiedenheiten in der Tätigkeit der Hirnrinde, d. h. ihrer Zentren; ganz wie auch andere Organe unter physiologischen Verhältnissen — welche Art Reiz sie auch treffe —, nur entweder mit Erhöhung oder Herabsetzung ihrer besonderen Funktion darauf zu antworten vermögen. Dies wird aus der Analyse der Stimmungsgeisteskrankheiten, des manisch-depressiven Irreseins abgeleitet. Dann wird ausgeführt, daß die körperlichen Veränderungen ebenso wie die intellektuellen und motorischen Äußerungen bei Lust und Unlust nicht Folge dieser Geistesvorgänge und -zustände sind, sondern ebenbürtige und wesentliche, wenn auch nicht immer gleichzeitige Vorgänge und Zustände.

Zu den Gefühlstheorien von Lehmann und Wundt wird kritisch und ablehnend Stellung genommen: Th. verteidigt die Annahme eines besonderen Gefühlszentrums.

Das Buch zeichnet sich, abgesehen von der Schärfe der Beweisführung, durch klare, einfache, leicht verständliche Darstellung aus und verdient besondere Beachtung.

S.

Therapeutisches.

— **Das Luminal bei der Behandlung der Epilepsie.** Von Direktor Otto Hebold. Aus der Berliner städt. Anstalt für Epileptische Wuhlgarten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1919 Bd. 75 H. 4 u. 5.

Das Körpergewicht, das in den Kriegsjahren bekanntlich recht zurückging, ging in der Mehrzahl der Fälle der mit Luminal behandelten Kranken im Gegensatz zu den übrigen hinauf und hielt sich höher (Beeinflussung des Stoffwechsels?)

Bei den sog. kleinen oder Schwindelanfällen versagte auch das Luminal völlig.

Bei schweren Anfällen, die auf Brom nicht zurückgehen, lohnt sich ein Versuch mit Luminal.

Wo Brom von den Kranken nicht vertragen wird (Erregtheit, Reizbarkeit, Verwirrtheit, Stumpfheit), hatte man ganz gute Erfolge mit Luminal, so daß dieses jetzt in Wuhlgarten in allen Fällen jeder anderen Behandlungsweise vorgezogen wird.

Selbstverständlich ist auch bei diesem Mittel eine genaue ärztliche Überwachung notwendig, wenn auch für gewöhnlich von dem dauernden Gebrauch bei den als tauglich bei der Epilepsie herausgefundenen Dosen (von täglich etwa bis zu 0,25) keine Schädigungen zu befürchten sind.



— **Erfahrungen aus der Behandlung der Epilepsie mit Luminal.** Von Prof. Hauptmann. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Freiburg (Geh.-Rat Hoche). Münch. med. Woch. Nr. 46 vom 14. November 1919.

Luminal hat in der Epilepsiebehandlung seinen festen Platz bekommen und bildet neben Brom das einzige Medikament, das der Arzt bei dieser Erkrankung mit der sicheren Voraussicht eines Erfolges verordnen kann, wo es darauf ankommt, die Erregbarkeit der Hirnrinde herabzusetzen. H.s Erfahrungen erstrecken sich auf den Zeitraum seit 1912. Die genuine Epilepsie schien am besten auf Luminal zu reagieren, auch in schweren Formen, am wenigsten wurden Fälle beeinflußt, die auf Enzephalitis zurückzuführen waren.

— **Über einen Fall von Adalinvergiftung nach Einnahme von 15 g Adalin.** Von Dr. med. Paul Kirchberg, Assistenzarzt der med. Klinik des Hospitals zum Hl. Geist, Frankfurt (Dir. Prof. Dr. Treupel). Münch. med. Woch. Nr. 46 vom 12. November 1918.

Es handelt sich um eine Adalinvergiftung nach Genuß von 15 g Adalin, die mit schwerem Exzitationsstadium und Herzmuskelschwäche, sowie Harn- und Stuhlverhaltung einhergeht. Nach dem Erwachen findet sich völlige Amnesie und das von den anderen Autoren bereits beschriebene starke Müdigkeits- und Mattigkeitsgefühl. Trotz der großen Menge des genossenen Adalins auch hier keine dauernde Schädigung des Organismus.

Personalnachrichten.

— **Hildesheim.** Ass.-Arzt Dr. Kayser von der Anstalt in Hildesheim ist am 1. Juli d. J. aus dem Dienst der Provinzialverwaltung ausgeschieden.

— **Staatskrankenanstalt Friedrichsberg.** Ass.-Arzt Dr. Hans Rudolf Hermann Hermel, geb. 3. Dezember 1888 zu Altona, ist auf seinen Antrag am 30. September d. J. aus dem Anstaltsdienste ausgeschieden.

— **Kuranstalt Parkhof, Rinteln a. Weser.** Dr. Fritz

Stern ist am 1. Oktober d. J. auf seinen Wunsch aus der Leitung des Hauses ausgetreten und nach Berlin verzogen. An seine Stelle trat Dr. Hans Hermel, bisher Hamburg-Friedrichsberg.

— Die **Haustechnische Rundschau,** Zeitschrift für Haus- und Gemeindetechnik, für Heizung, Lüftung, Beleuchtung, Wasserversorgung, Abwasserbeseitigung und Kanalisation. Schriftleitung Oberingenieur J. Ritter und Prof. H. Chr. Nußbaum, beide in Hannover. Halle a. S.: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Die ersten sechs Nummern des am 1. Juli 1920 begonnenen XXV. Jahrgangs brachten folgende für die Anstaltsverwaltungen besonders beachtenswerten Aufsätze: Abortanlagen, von F. Schrader. Neuer Kohlensparer für Hausbrandfeuerungen, von O. Brandt. Brennstoffe, Feuerungen und Wärmewirtschaft bei Zentralheizungen, von Oberingenieur Seegers. Neuer Kohlensparer für Hausbrandfeuerungen, von W. Mehl. Zur Lüftungsfrage. Entschließung der Freien Vereinigung Hannoverscher Heizungsingenieure. Neuere Ansichten über die Wetterkunde und die Geschehnisse in der irdischen Atmosphäre und im Weltall. Neuer Kohlensparer für Hausbrandfeuerungen, vom Erfinder J. Fuchs. Praxis des Schrauben- und Schleuderrad-Ventilatorenbetriebs unter besonderer Berücksichtigung der Abgasförderung, von Ing. Fröhlich. Hauptabsperrventile für Warmwasserheizungen mit eingebautem Wechselventil, von K. Schmidt. Die zum Wärmeschutz in Deutschland zur Verfügung stehenden Rohstoffe. Verringerung des Brennstoffverbrauches bei Zentralheizungen und gerechte Kostenverteilung, von W. Goldstein. Errechnung der Brennstoffmengenanteile für die einzelnen Mietparteien bei Zentralheizungen. Der Koksspärer Bauart Zuppinger, von Ing. Möller. Daneben bringt jede Nummer umfangreiche Bücherschau, Nachrichten für Handel und Industrie, Gerichtsentscheidungen, zahlreiche Anzeigen der angesehensten Firmen und Fabriken u. a.

Die Zeitschrift sei fernerhin den Anstalten bestens empfohlen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Enrilo soll man **lieber heute als morgen**

Kaffee-Er- und Zusatz

in Gebrauch nehmen! Sein reicher Gehalt gestattet **größte Sparsamkeit** in der Anwendung. Die Wirkung auf das Ausgabenkonto läßt sich bei jeder Anstalt schon nach kurzer Zeit nachweisen.

Enrilo G. m. b. H., Berlin W. 35.

Fischversandgeschäft „Hollandia“
Heinrich Drüsedau & Co., Bremerhaven
Eigene große moderne Räucherei, Fischkonservenfabrik
Leistungsfähiges Haus für alle Sorten lebendfrische Seefische, Räucherwaren, Marinaden u. Salzheringe.
Offerten, schriftliche, telegraphische oder telephonische kostenlos.
Telegramme: Hollandia.

Den verehrlichen Direktionen von Heil- und Pflegeanstalten und Privat-Sanatorien für Geistes- und Nervenkranke empfehlen wir zur Ausschreibung von

Pfleger- und Pflegerinnen-Stellen

die in unserem Verlage erscheinende Zeitschrift

Die Irrenpflege

Monatsschrift f. Irrenpflege und Krankenpflege,

zur Belehrung und Fortbildung des Pflegepersonals an Heil- und Pflegeanstalten.

Redigiert von

Sanitätsrat Dr. Wickel,

Haina in Hessen, Bez. Cassel.

Anzeigen werden mit 25 Pf. für 1 mm Höhe und 55 mm Breite berechnet.

Der

Hubertusbader Brunnen

enthält unter anderen wichtigen Mineralsalzen (Natriumchlorid, Natriumjodid, Kieselsäure) **ca. 15 Gramm Kalziumchlorid** im Liter Wasser. **Täglich 3mal 2 Eßlöffel** nach jeder Mahlzeit gewährleisten die einfache und sichere Aufnahme von **löslichen Kalksalzen** in den Organismus.

Hubasan-Tabletten

hergestellt aus dem **reinen natürlichen Quellsalz** sind infolge ihres Gehaltes an leicht resorbirbarem **kalziumchloridhaltigen** Quellsalz (5%) besonders geeignet, die Blutbildung zu fördern sowie die Oxydationsfähigkeit des Blutes zu erhöhen und leisten daher bei Erkrankungen der Knochen, wie Knochenbrüche, Rachitis, ebenso bei Erkrankungen des Gefäßsystems, Arteriosclerose, Herzkrankheiten, Blutungen und Blutarmut gute Dienste. Bei katarrhalischen Erkrankungen der Schleimhäute, chron. Bronchitis, Magen- und Darmkatarrhen, Heufieber sind sie von besonderer Wirkung.

Literatur kostenlos durch die

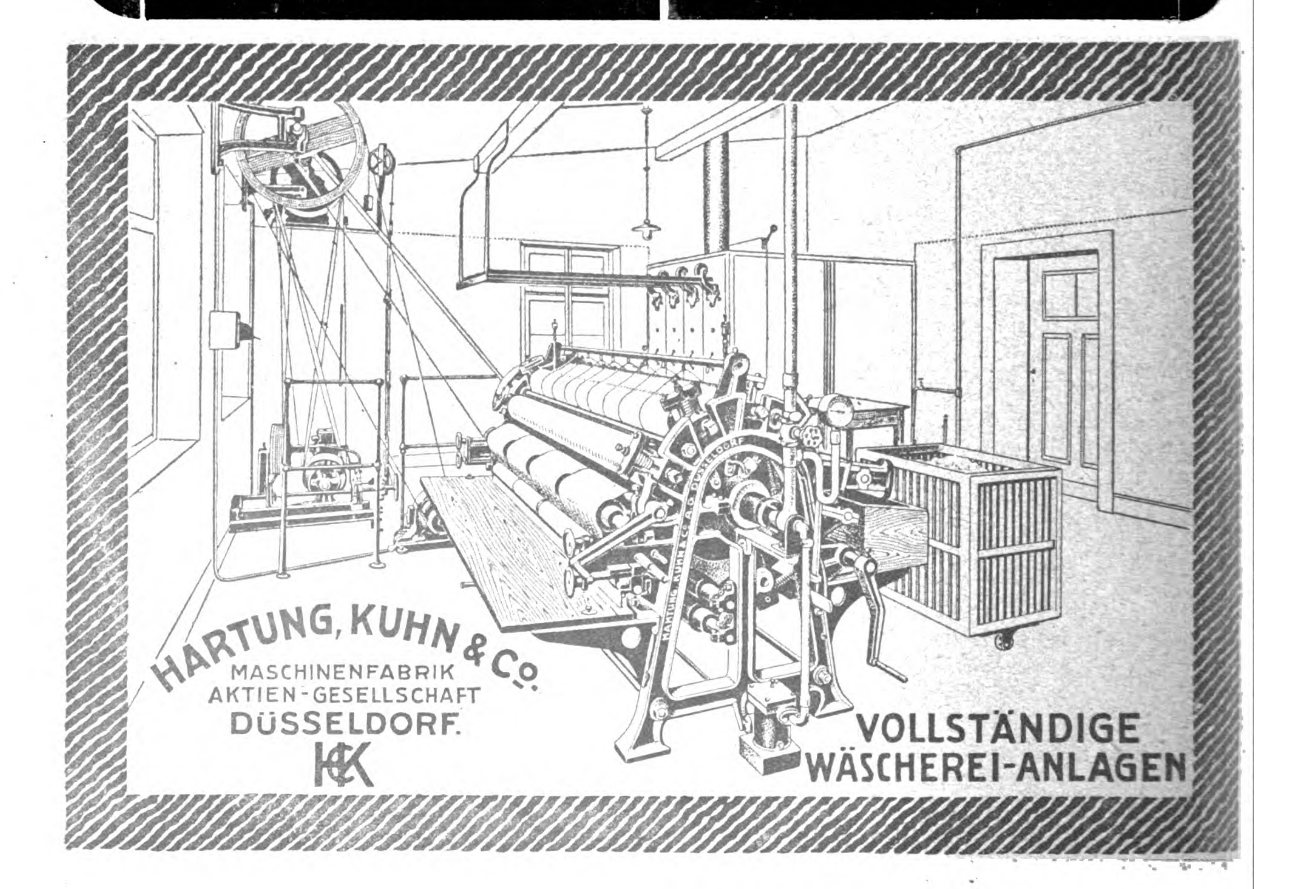
Hubertusbader Brunnen-Gesellschaft m. b. H.
Hubertusbad bei Thale am Harz.

Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 33/34. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat. **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.





HARTUNG, KUHN & Co.
MASCHINENFABRIK
AKTIEN-GESELLSCHAFT
DÜSSELDORF.
HKK
VOLLSTÄNDIGE
WÄSCHEREI-ANLAGEN

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 33/34. 20. November **1920/21.**

Bezugspreis: 6,— für das Vierteljahr, die bonnementspreise für das Ausnd werden nach der vom Deutchen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das usland berechnet. Zu beziehen urch jed. Buchhandlung, d. Post unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

alt:

Die Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals in den Irrenanstalten.

Von Obermedizinalrat Direktor Dr. **Vocke**, Eglfing b. München.

(Referat auf der Jahresversammlung des Vereins bayer. Psychiater am 1. August 1920 zu Kaufbeuren.)

ie Frage der Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals hat Kollege Eccard-Franhal schon auf einer Versammlung unseres Verim Jahre 1914 am Schlusse seines Referates „Wärterfrage" behandelt. Wenige Wochen er brach der Krieg aus, der unsere Arbeit in ere Bahnen lenkte und in seinen Folgen auch iglich der Wärterfrage veränderte Verhältnisse haffen hat. Die Ausbildung und Prüfung des gepersonals ist heute aber für uns eine aktuelle te geworden, zu welcher vor allem die öffentn Anstalten mit Tarifverträgen Stellung nehmüssen, da die Tarifverträge, wie allgemein h, scheiden zwischen ungelerntem, angelernund gelerntem Personal und dementsprechend verschiedene, und zwar erheblich verschie-Löhne für ungeprüfte und geprüfte Pflegeonen festsetzen. Der Wunsch, das Personal, chem wohl in allen Anstalten neben der prakten Ausbildung ein theoretischer Unterricht zuwurde, nach gewissen Normen durch eine systematische Ausbildung für seinen vielseitigen Beruf geeigneter zu machen, es zu heben in seiner Berufsfreude, in seinem Pflichtgefühl und Standesbewußtsein, ist in unseren Kreisen ein alter, er kam auf unserer damaligen Tagung lebhaft zum Ausdruck und es liegt nicht an uns, daß in der Zwischenzeit der Verwirklichung nicht näher getreten werden konnte. Der Bundesrat hatte sich seinerzeit dahin geeinigt, daß die einzelnen Landesregierungen übereinstimmende Verordnungen über eine staatliche Prüfung und Anerkennung der Krankenpflegepersonen erlassen sollten. 1914 stand die bayerische Verordnung noch aus und es wurde deshalb damals von uns beschlossen, diese abzuwarten. Infolge des Krieges erschien sie erst 1920.

Der Wunsch nach einer entsprechenden beruflichen Ausbildung und nach der Ablegung eines Befähigungsnachweises besteht aber auch unter dem Personal selbst und tritt uns in der Presse seiner beiden großen Organisationen fast in jeder Nummer entgegen.

Bei den Beratungen im Reichsarbeitsministerium für ein Gesetz über die Arbeitszeit der Krankenpflegepersonen hat der aus je sieben Vertretern der Arbeitnehmer und Arbeitgeber zusammengesetzte kleine Verhandlungsausschuß einstimmig beschlossen, daß durch eine reichsgesetzliche Regelung dem Pflegepersonal in den Kranken- und Irrenanstalten eine ausreichende fachliche Ausbildung ermöglicht werden sollte, d. h. daß alle Krankenanstalten gehalten werden sollten, ihrem Personal eine solche Ausbildung entweder selbst zu geben oder ihm die Teilnahme an einem Lehrgang anderswo zu ermöglichen.

Die Auswüchse, die der Krieg mit seinem riesigen Bedarf an Krankenpflegerinnen gezeitigt hat, machen sich namentlich in den Großstädten jetzt in der Nachkriegszeit in einem wilden Schwesterntum breit, das für das Wohl der Kranken und für das Ansehen des Standes gleich bedenklich ist. Ein Eingreifen der Reichsgesundheitsbehörde ist demgegenüber nicht ausgeschlossen und bei dieser Gelegenheit könnte rascher als erwartet ein obligatorischer Befähigungsnachweis eingeführt werden.

Trotzdem besteht für uns weder Anlaß noch Entschuldigung weiter zuzuwarten. Die bayerische Verordnung über eine staatliche Prüfung ist erschienen, unsere Tarifverträge sprechen von geprüften und ungeprüften Pflegern, der Wunsch und Wille des Personals ist auf unserer Seite und mehr als je erfordern es die Umstände und der Geist der Zeit, unserem Personal nicht nur als Vorgesetzte und Beauftragte des Arbeitgebers gegenüberzutreten, sondern auch als Erzieher für ihren Beruf und für ihren Stand, durch Bereicherung ihres Wissens und Erweiterung ihrer Erkenntnis Standes- und Ehrgefühl zu heben, Berufsfreude und Berufsbefriedigung zu erwecken, es auf diesem Wege zu höherer Pflichtbewertung zu führen und zu tüchtigen und verlässigen Mitarbeitern des Arztes zum Wohle der Kranken heranzubilden.

Diese dringende und lockende Aufgabe muß sofort und überall in Angriff genommen werden. Auf unsere heutige Aussprache muß die Tat folgen, im Herbste muß in allen Anstalten mit einer planmäßigen Ausbildung des jungen Personals, mit der nachträglichen Ausbildung oder Fortbildung des älteren Personals begonnen werden. Wir dürfen nicht länger zögern, eine Pflicht, die uns zweifellos obliegt, zu erfüllen, eine Führerschaft, zu der uns das Personal selbst ruft, nun kraftvoll und freudig zu übernehmen. Wir müssen heute zu einem Entscheide kommen, der uns den Weg weist zur einheitlichen Tat.

Hierbei müssen wir uns zunächst klar werde[n] über das Ziel, und damit stellen wir die Prüfung[s]frage in den Vordergrund.

Was sollen wir fordern? wie weit sollen w[ir] gehen mit unseren Prüfungsansprüchen, mit un[]seren Anforderungen an den zu erbringenden B[e]fähigungsnachweis? Darüber kann kein Zwei[fel] sein, daß eine Ausbildung ohne Prüfung von g[e]ringem Werte und für beide Teile unbefriedigen[d] ist.

Das Hauptgewicht meiner Ausführungen m[uß] deshalb darauf liegen, unsere Stellungnahme z[ur] Prüfung zu klären. Die Ausbildungsfrage erf[or]dert dann nur wenige Worte, da die Unterricht[s]literatur ohnedies den Weg zeigt, durch welch[en] theoretischen und praktischen Lehrgang eine au[s]reichende Ausbildung zur erfolgreichen Ablegu[ng] einer Krankenpflegeprüfung erreicht wird.

Wenn ich eben gesagt habe, daß eine Ausb[il]dung ohne Prüfung unbefriedigend und von geri[n]gem Wert sei, so kann mir manches entgegeng[e]halten werden, was bei den besonderen Verhä[lt]nissen unserer Anstalten eine gewisse Berech[ti]gung hat oder zu haben scheint.

Der Wechsel in unserem Personal ist an ma[n]chen Orten ein großer. Viele junge Männer u[nd] noch viel mehr junge Mädchen dienen vorüberg[e]hend aus den verschiedensten Gründen eine Z[eit]lang in einer Anstalt, ohne für das Leben d[en] Pflegeberuf ergreifen zu wollen, sie treten sch[on] mit der Absicht in den Dienst, diesen nach länger[er] oder kürzerer Zeit wieder zu verlassen. Die Pr[ü]fung ist für sie nutzlos, die Ausbildung bedeut[et], wenn sie ein gewisses Maß überschreitet, eine f[ür] den Lehrer und für die Schüler verlorene Zeit u[nd] Arbeit. Das ist richtig, diesem Umstande ka[nn] aber durch Art und Zeit des Lehrganges Rechnu[ng] getragen werden, indem wir den Lehrgang [in] einen Vorbereitungskurs und Prüfungskurs teil[en]. Richtig ist auch, daß wir in allen Anstalten einzel[ne] ausgezeichnete Pflegepersonen haben, die allen A[n]forderungen des Dienstes und ihres Standes g[e]recht werden, ohne einen richtigen Lehrg[ang] durchgemacht und ohne eine Prüfung abgelegt haben; daß in Anstalten mit ausgedehnter B[e]schäftigung im Freien treffliche Pfleger und Pfleg[e]rinnen auf der Außenarbeit in ihrem Berufe tä[tig] sind, ohne je in der eigentlichen Krankenpflege i[m] engeren Sinne ausgebildet zu sein, und daß ei[ne] zu eingehende Prüfung in der gesamten Kra[n]kenpflege für unser Personal einen zum Teil u[n]nützen Ballast bedeuten würde, weil viel mühsa[m]



:rworbenes nicht verwertet, nicht geübt und daum nicht für die Dauer behalten werden könnte.

Allein demgegenüber frage ich: Wer von uns at es nicht schon oft erlebt, daß Pfleger und Pfleerinnen ihre mangelhaften Kenntnisse in der Krankenpflege und ihre Hilfslosigkeit bedauerten, insesondere gerade während des Krieges, als in ielen Anstalten Lazarette eingerichtet waren? ommt bei uns nicht alles vor, was ein auch in der igentlichen Krankenpflege geschultes Personal rfordert? Innere und äußere Erkrankungen, Tuerkulose, andere ansteckende Krankheiten und euchen, Operationen, Entbindungen, Wochenbet-n und Säuglingspflege, Unglücksfälle, Blutungen, ergiftungen, Zufälle und Anfälle aller Art, Transorte von Schwerkranken und Verletzten? Gibt s eine Pflege, die schwieriger ist und mehr Sachunde erheischt, als die der gelähmten, gefühllosen nd oft der Sprache beraubten Gehirnkranken? aben wir es selbst nicht oft beklagt, daß uns nicht ne geschultere Hilfe in manchen Fällen zur Seite and? Alles dieses hat Eccard in seinem Referate :hon betont und in der Tat kann die Ausbildung cht gut genug sein.

Ferner gibt uns der Tarifvertrag selbst die öglichkeit an die Hand, in der Ausbildung zu :heiden, zwischen denjenigen, welche nicht gennen oder noch nicht entschlossen sind, die flege von Geisteskranken als Lebensberuf zu greifen und jenen, die sich dauernd diesem Befe widmen wollen, und nur von letzteren die Abzung der Fachprüfung zu verlangen.

Welche Art von Prüfung sollen wir nun als veckentsprechend verlangen? Jedenfalls eine für le Anstalten nach gleichen Normen festgesetzte, ine beliebige, in jedem Kreise, in jeder Anstalt, ch dem subjektiven Ermessen der Anstaltsleing oder der Ausbilder verschiedene, vermeintlien lokalen Bedürfnissen etwa angepaßte Prüng, also keine „wilde" Prüfung, wenn ich mich ses Ausdruckes bedienen darf, sondern eine ordngsgemäße Prüfung auf gleichheitlicher Grundge.

Dann aber bleibt uns nur die Wahl ob eine Spelprüfung oder die allgemeine staatliche Prüfung Krankenpflegepersonen.

Für eine Spezialprüfung fehlen zurzeit die undlagen, d. h. Anordnungen einer Verwaltungshörde, nach welchen sie abgehalten werden nnte. Von der Landesregierung sind solche, ch auf unseren allenfallsigen Wunsch hin nicht erwarten. Das Grundheitswesen ist Reichs-che, jetzt mehr wie zuvor und es ist ausgeschlos-i, daß eine Landesregierung einseitig an eine Abänderung der staatlichen Prüfungsvorschriften zugunsten von Fachpflegergruppen herantreten wird. Der seinerzeitige Beschluß des Verhandlungsausschusses bei den Vorarbeiten für das Gesetz über die Arbeitszeit der Krankenpflegepersonen im Reichsarbeitsministerium läßt vielleicht bei den einschlägigen Reichsbehörden den Gedanken an eine Spezialprüfung für das Pflegepersonal der Irrenanstalten mit der Zeit heranreifen, nach meinen Erkundigungen ist bis jetzt aber noch nichts erfolgt und nichts in greifbarer Aussicht, doch ist es nicht ausgeschlossen, daß mit den Landesregierungen ins Benehmen getreten wird wegen allenfallsiger Einrichtung einer Spezialprüfung in der Irrenpflege.

Auch dann wird sich die Ausbildung breit auf den Grundlagen der allgemeinen Krankenpflege aufbauen müssen, die Spezialprüfung hätte aber unleugbare Vorteile für unsere Arbeit und unsere Zwecke und muß deshalb als zweckmäßig, wünschens- und erstrebenswert bezeichnet werden.

Jetzt und für die nächste Zeit besteht jedoch keine Möglichkeit und keine Aussicht, eine Spezialprüfung einheitlich, nach festen Normen mit öffentlich rechtlicher Wirkung einzuführen und niemand könnte gezwungen werden eine solche Prüfung anzuerkennen, selbst wenn in einzelnen Bundesstaaten oder größeren Bezirken Vereinbarungen über Vorbedingung, Art und Umfang der Prüfung zwischen den Anstaltsleitungen und den Organisationen des Personals zustandekommen würden.

Wir können uns also zwar für die Einrichtung einer Spezialprüfung in der Zukunft aussprechen, aber bis zur Verwirklichung dieses Wunsches müssen wir entweder auf eine Prüfung verzichten oder zwischen wilder und allgemein staatlicher Prüfung wählen.

Die Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 27. Januar 1920 über die staatliche Prüfung der Krankenpflegepersonen, welche gleichlautend mit den bereits früher in den anderen Bundesstaaten erlassenen Bekanntmachungen ist, ist ihnen allen bekannt, allein ich darf im folgenden doch kurz daraus hervorheben, was wesentlich für unsere Orientierung und Stellungnahme ist.

Die Prüfung findet in einem Krankenhause statt vor einem vom Ministerium des Innern bestimmten Prüfungsausschuß, der aus drei Ärzten besteht: dem Regierungsobermedizinalrat als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und dem Lehrer der Krankenpflegeschule. Prüfungen werden nach Bedarf abgehalten, in der Regel im Juni und Dezember. Vorbedingung für die Zulassung ist u. a. Vollendung des 21. Lebensjahres, Nachweis der körper-



lichen und geistigen Befähigung, erfolgreiche und einwandfreie Teilnahme an einem einjährigen, zusammenhängenden Lehrgang an einer Krankenpflegeschule. Diese Krankenpflegeschulen sind bei größeren Krankenanstalten zu errichten und müssen staatlich anerkannt sein durch das Ministerium des Innern.

Die Prüfung dauert drei Tage und ist eine mündliche und praktische. Am ersten und dritten Tag wird mündlich geprüft von den drei Examinatoren, unter welche der Vorsitzende die Prüfungsgegenstände verteilt. Sie umfassen folgende 12 Kapitel:

1. Bau und Verrichtung des menschlichen Körpers.
2. Allgemeine Lehre von den Erkrankungen und ihren Erscheinungen, Fieber, Puls, Ansteckung, Wundkrankheiten, Asepsis, Antisepsis.
3. Hygiene der Krankenräume.
4. Krankenpflege.
5. Krankenernährung.
6. Krankenbeobachtung, Krankenbericht und Ausführung der ärztlichen Verordnungen.
7. Hilfeleistung bei Untersuchung und Behandlung, Vorbereitung zu Operationen und Verbände.
8. Hilfeleistung bei plötzlich auftretenden Leiden, Beschwerden, bei Unglücksfällen, Vergiftungen usw.
9. Pflege bei ansteckenden Krankheiten, Desinfektionslehre.
10. Zeichen des Todes und Behandlung der Leiche.
11. Gesetzliche und andere Vorschriften über Krankenpflege.
12. Pflichten der Pflegepersonen, allgemeines Verhalten, Benehmen gegen Kranke, Angehörige, Ärzte, Geistliche, Kollegen, Verschwiegenheit, dann noch
13. die wichtigsten Grundsätze der Säuglingspflege für weibliche Prüflinge.

Die praktische Prüfung, welche von dem Lehrer der Krankenpflegeschule abgehalten wird, umfaßt zwei Abschnitte. Der Prüfling hat einen Kranken zwei Tage lang einschließlich einer Nachtwache zu pflegen, und eine kurze Niederschrift über die wichtigsten Vorkommnisse am dritten Tage vorzulegen; ferner am zweiten Prüfungstage seine Kenntnisse in der ersten Hilfeleistung, in der Hilfeleistung bei Operationen, Narkose, bei Ausführung ärztlicher Verordnungen, dann in Badepflege und Desinfektion darzutun.

Die Prüfung darf nur zweimal, frühestens nach sechs Monaten, spätestens nach drei Jahren, wiederholt werden.

Auf Grund bestandener Prüfung wird dem Pfleger ein amtlicher Ausweis erteilt, demzufolge er „staatlich als Krankenpfleger anerkannt wird". Die Anerkennung kann zurückgenommen werden, wenn Tatsachen vorliegen, welche einen Mangel der erforderlichen Eigenschaften dartun, oder wenn die betreffende Krankenpflegeperson den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften und Weisungen beharrlich zuwiderhandelt.

Dies ist das Wesentliche, und wenn wir die 13 Kapitel der Krankenpflege betrachten, aus welchen geprüft wird, so muß man zugeben, daß keines darunter wäre, aus dem wir Kenntnisse bei unserem Personal gänzlich vermissen möchten. Als für uns wichtigster 14. Abschnitt käme dann noch hinzu die Pflege der Geisteskranken. Die Frage, ob wir demgegenüber in einigen anderen Kapiteln eine gewisse Erleichterung in den Anforderungen bei der Ausbildung und Prüfung eintreten lassen könnten, kann nach den Informationen, die ich eingezogen habe, bejaht werden. Für Hilfeleistungen bei Operationen, für Sterilisieren, Desinfektion hat wohl jede Anstalt ihre besonderen, eigens angelernten Kräfte, und auch bei dem Kapitel über die Hilfeleistung bei der Behandlung, welches ein außerordentlich umfangreiches ist, kann unbedenklich auf manche Einzelheiten verzichtet werden, ohne daß der notwendige allgemeine Unterbau dabei Schaden leidet. Dem Ermessen der Prüfungskommission würden gewisse Modifikationen nicht grundsätzlicher Art zustehen.

Kenntnisse und Prüfungsresultate entscheiden gewiß nicht allein und letzten Endes über die Eignung zur Pflege Geisteskranker, allein Ausbildung und Prüfung wird von vornherein ein gut Teil jener Elemente abhalten, denen es jetzt nur darum zu tun ist, bei guter Bezahlung, kurzer Arbeitszeit und wenig körperlicher Anstrengung in öffentlicher Stellung Unterschlupf zu suchen, aber nicht mit Herz und Verstand den Unglücklichen zu dienen, die ihnen anvertraut sind. Sie wird unter denen, die trotzdem kommen, leichter und rascher eine Auslese der geistig Insuffizienten, der Gleichgültigen und positiv Faulen und ihre rechtzeitige Entfernung ermöglichen, weil die systematische, theoretische und praktische Ausbildung einen innigeren Kontakt des lehrenden Arztes mit seinen Schülern herstellt, ihre Fähigkeiten, Eigenschaften, Neigungen und Leistungen weit besser erkennen und beurteilen läßt als nur gelegentliche eigene Wahrnehmungen oder Meldungen von anderer Seite.

Wer mit Freude und ernstem Willen entschlos-



en ist, den Krankenpflegeberuf als Lebensberuf u ergreifen, wird für eine gute und allgemeine usbildung nur dankbar sein und die Anstrengungen der Lehrzeit und die Ablegung einer Prüfung icht scheuen.

Warum sollten wir uns dann scheuen, von unseem Personal etwas zu verlangen, was von der nfachsten Pflegerin auf dem Lande künftig ver-.ngt wird. Auch sie wird sich mit den Spezialenntnissen einer Operationsschwester an einer roßen chirurgischen Abteilung, einer Schwester in ner internen Klinik usw. nicht messen können, ber der gute Unterbau in der allgemeinen Kranenpflege wird sie befähigen, nicht nur gutes im ahmen ihrer gewohnten Berufstätigkeit zu lei-.en, sondern auch da und dort unter der Leitung nes verständigen Arztes sich zu einer brauchbaren Gehilfin bei speziellen Anforderungen zu ent-ickeln. Das Spezialistentum in der Krankenlege bringt die Praxis, der Unterbau kann und oll der gleiche sein für alle, welche Kranke flegen.

Fordern wir daher die Ablegung der staatlichen rüfung auch für unser Personal und betrachten ir im folgenden, wie diese Forderung durch eine en Vorschriften entsprechende Ausbildung rfüllt werden kann.

Bisher war es wohl in den meisten Anstalten bung nach den bekannten Büchern von Snell, cholz oder Falkenberg und an der Hand der lokan Dienstanweisung den jungen Pflegern und Pflennen einen theoretischen Unterricht während niger Wochen halten zu lassen.

Bei den bisherigen überaus bescheidenen Anrderungen war dies zur Not ausreichend.

Die staatliche Prüfung setzt aber einen zusamenhängenden einjährigen Lehrgang voraus mit nem bestimmten theoretischen Lehrplan und aktischer Unterweisung, welcher in als Krankenlegeschulen anerkannten Krankenanstalten erteilt ird. Die Kreisanstalten müssen daher als Kranenpflegeschulen anerkannt und Prüfungsaushüsse für sie gebildet werden. Ob alle Analten eines Kreises solche Pflegeschulen werden llen oder ob nur eine mit dieser Aufgabe beaut werden soll, ist Sache der lokalen Vereinbang. Eine Landesschule wie in Sachsen kann bei iseren speziellen Verhältnissen in Bayern nicht Frage kommen. In den meisten Kreisen wird vorssichtlich jede Anstaltsleitung eine eigene Schule r sich aus begreiflichen Gründen vorziehen und anspruchen. Das Erfordernis des zusammenhänenden Lehrganges ist bei dem im Anstaltsdienste findlichen Schülerpersonal von vornherein erfüllt. Der theoretische Unterricht kann mehr auf das Wintersemester verlegt werden. Wir hätten von Anfang an einen zweijährigen Lehrgang in Aussicht zu nehmen. Im ersten Wintersemester einen mehr allgemein gehaltenen Unterricht, der alle jungen Pflegepersonen in das Notwendigste der allgemeinen Krankenpflege und speziellen Irrenpflege einführt, im folgenden eine Vertiefung des Unterrichtes für die Erfordernisse der Prüfung. Von diesem zweiten Kurs könnten schon diejenigen ausgeschieden werden, welche sich anscheinend nicht eignen und jene welche erklären, den Dienst wieder verlassen zu wollen. Nebenher geht wie schon jetzt die praktische Anleitung im Krankendienst, wobei jedoch jeder Schüler längere Zeit auf einer Station mit Schwerkranken und körperlich Kranken verwendet und zu jeder Art von Hilfeleistung herangezogen werden müßte.

Nach zwei Jahren kann die Prüfung abgelegt werden. Sie wird in unseren Anstalten auch die Irrenpflege umfassen.

Der Unterricht ist von erfahrenen Ärzten zu erteilen, in die Lehraufgabe können sich mehrere Lehrer teilen, indem z. B. der eine allgemeine Krankenpflege, der andere die Irrenpflege übernimmt, was die Aufgabe des Lehrers erleichtert.

Als derzeit bestes Lehrmittel ist wohl das von der Medizinalabteilung des preußischen Staatsministerium des Innern herausgegebene Krankenpflegelehrbuch zu erachten, welches 1918 in 8. Auflage bei Aug. Hirschwald in Berlin erschienen ist und mit 5 Tafeln und vielen Textabbildungen in 14 Abschnitten auf 361 Seiten den Stoff eingehend behandelt. Der vorletzte Abschnitt gibt die wichtigsten Grundsätze der Wochen- und Säuglingspflege, die nur für das weibliche Personal in Frage käme, der letzte in 13 Seiten einen kurzen Abriß der Irrenpflege.

In Österreich hat Anton Bum ein Handbuch der Krankenpflege, erschienen 1917 bei Urban und Schwarzenberg in Wien mit 182 Abbildungen herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Mitarbeiter, welches die gleiche Stoffeinteilung zeigt wie das preußische Lehrbuch, das genau den Prüfungsabschnitten angepaßt ist. Zwei andere Unterrichtsbücher wählen die Form der Frage und Antwort, das der Oberschwester Meta Mettegang: Fragen und Antworten für den Unterricht der bayerischen Schwestern vom Roten Kreuz, gedruckt in 2. Auflage bei Carl Aug. Seyfried und Cie. in München und Dr. Ludwig Groß, Chirurg im Cannstadter Krankenhaus: Lehrbuch der Krankenpflege in Frage und Anwort, 2. Auflage, Stuttgart 1919 bei Ferd. Enke. Ersteres ohne, letzteres mit nur 11



Abbildungen. Die Gewöhnung an Fragestellung und Antwort bietet gewiß für Schüler und Lehrer besonders für Prüfungszwecke Anhalt und Erleichterung, wie Groß in seiner Vorrede sagt; auf das offizielle Lehrbuch möchte ich jedoch wegen der zahlreichen instruktiven Abbildungen weder für den Lehrer noch für den Schüler verzichten.

Wie das Lehrbuch durch Abbildungen belebt wird, so muß auch der Unterricht durch Demonstrationen von Tafeln, Abbildungen und anderem Lehrmaterial, ja auch von Kranken, sowie durch eingeschobene praktische Übungen aller Art belebt und anregend gestaltet werden. Die Vorteile dieser Methode, die wir im letzten Wintersemester bei unseren Unterrichtskursen in Eglfing zur Anwendung brachten, waren ins Auge springend.

Die Pflegeschulen in den Heil- und Pflegeanstalten würden ihre eigenen Prüfungsausschüsse erhalten, wobei der Direktor wohl an Stelle des beamteten Arztes zum Mitglied neben dem Regierungs- und Medizinalrat und dem Lehrer der Schule ernannt werden kann.

Die Abhaltung der Prüfungen erfolgt nach Bedarf.

Für die als Lehrer tätigen Anstaltsärzte erwachsen allerdings, namentlich bei der erstmaligen Abhaltung der Kurse Opfer an Zeit und Arbeit, denn ohne Vorbereitung für die Unterrichtsstunden geht es nicht ab. Allein nach meiner Erfahrung sind mit der fortschreitenden Arbeit alle anfänglichen Bedenken und begreiflichen Unlustgefühle alsbald verschwunden gegenüber der anregenden und sichtlich dankbaren Aufgabe, gegenüber der Freudigkeit und gespannten Aufmerksamkeit der Schüler, so daß unsere Herrn sicher in der Zukunft unter nun leichteren Bedingungen in ihrer segensreichen Arbeit mit Freude fortfahren werden. Infolge der Personalverdoppelung im Jahre 1919 hatten wir es im vergangenen Winter mit einer übergroßen Zahl von zu Unterrichtenden zu tun, und jeder Herr mußte neben seiner sonstigen Arbeit Unterrichtsstunden übernehmen. Bei normalen Verhältnissen wird der Schülerkreis nicht allzugroß werden und eine gewisse Entlastung der lehrenden Ärzte im sonstigen Dienste zugunsten intensiveren Unterrichtes durchführbar sein.

Bevor ich nun meine Schlußfolgerungen ziehe, noch ein paar Worte über die Übergangszeit.

Wie sollen wir uns stellen bei dem schon länger im Dienst befindlichen Pflegepersonal bezüglich des Tarifvertrages und der Bezeichnung „geprüft" oder „ungeprüft".

Im Sinne des Tarifvertrages dürfen und müssen vom älteren Personal wohl alle, die sich drei Jahre bereits im Dienste befinden, als „geprüft" anges[...] hen und in die entsprechenden Lohnklassen eing[...] wiesen werden, wenn sie einigermaßen nach d[...] bisherigen Bedingungen sich als befähigt und g[...] eignet für den Dienst erwiesen haben. Ob einzel[...] Tarifverträge eine andere Regelung dieser Fra[...] ausdrücklich vorsehen, ist mir zurzeit nicht b[...] kannt. Eine Rundfrage hierüber war mir nic[...] mehr möglich.

Pfleger und Pflegerinnen, welche eine staatlic[...] Prüfung bereits abgelegt haben, sind als geprüft i[...] Sinne des Tarifvertrages zu erachten nach ein[...] einjährigen praktischen Tätigkeit in der Irrena[...] stalt.

Bezüglich der staatlichen Prüfung kennt die B[...] kanntmachung zwei Ausnahmefälle: 1. die Zulassu[...] zur Prüfung ohne Teilnahme an den vo[...] geschriebenen Lehrgang für Sanitätsunt[...] offiziere mit zweijähriger einwandfreier Dienstz[...] im Sanitätskorps, die noch nicht länger als e[...] Jahr aus dem aktiven Militär- oder Marinedie[...] ausgeschieden sind, und für andere Pflegepers[...] nen ausnahmsweise dann, wenn der Nachw[...] einer mindestens gleichwertigen Ausbildung in d[...] Krankenpflege erbracht werden kann.

Sanitätsunteroffiziere mit mindestens zweij[...] riger Dienstzeit werden in den letzten 20 Monat[...] in allen Anstalten neu zugegangen sein und si[...] auch unter dem älteren Personal befinden. Sel[...] wenn sie schon länger als 12 Monate aus de[...] Heeresdienst ausgeschieden, aber seitdem im Die[...] ste der Anstaltskrankenpflege tätig sind, dürf[...] ihre Befreiung von der Teilnahme an einem ne[...] Lehrgang zu erreichen sein.

Das Gleiche gilt von den da und dort wohl vo[...] handenen Pflegerinnen, die während des Krieg[...] jahrelang gepflegt haben und eine gleichwerti[...] Ausbildung nachweisen können, die 2. Ausnahm[...] betrifft die Befreiung von der Prüfu[...] und die staatliche Anerkennung ohne Prüfu[...] Sie kann zuteil werden Sanitätsunteroffizieren m[...] fünfjähriger aktiver Dienstzeit, wenn sie nic[...] länger als ein Jahr aus dem aktiven Dienste au[...] geschieden sind und ferner innerhalb eines Jah[...] vom Erscheinen der genannten Bekanntmachu[...] also bis 11. Februar 1921, auch Personen, die v[...] Inkrafttreten der Prüfungsvorschriften an ein[...] Krankenpflegelehrgang von ausreichender Dau[...] teilgenommen haben und nachweisen, daß sie mi[...] destens fünf Jahre lang als Privatpfleger oder i[...] Anstalts- oder Gemeindedienst Krankenpflege i[...] befriedigender Weise ausgeübt haben.

In besonderen Ausnahmefällen kann die Ane[...] kennung schon nach einer zweijährigen Tätigk[...]



der Krankenpflege und auch noch nach Ablauf · einjährigen Antragsfrist, also auch noch nach n 21. Februar 1921 erteilt werden.

Alle Sanitätsunteroffiziere haben einen geordeen Lehrgang durchgemacht und eine Prüfung :elegt, wir können daher mit gutem Gewissen en Pflegern, welche fünf Jahre aktiv als solche ient haben, zur Erlangung der staatlichen Anennung behilflich sein.

Dringend möchte ich jedoch davor warnen eine atliche Anerkennung ohne Prüfung für wenn h dienstältere Pfleger zu beantragen oder zu irworten, wenn sie nicht wirklich einen Lehrg von ausreichender Dauer in der allgemeinen nkenpflege nachweisen können. Die bisher in Anstalten übliche Unterweisung genügt nicht das, was man unter einem staatlichen anernten Krankenpfleger heute versteht und wir en einen Mißbrauch dieser Anerkennung und Täuschung des Publikums nicht unterstützen. ıst wohlverdientes Wohlwollen darf uns in em Grundsatze nicht wankend machen. Um nehr wollen wir es begrüßen, wenn auch stältere Pfleger und Pflegerinnen sich entießen, sich noch der Prüfung nach geordnetem gang in der Anstalt zu unterziehen.

chließlich bedarf noch ein naheliegender Eind der Erwähnung, nämlich der, daß die Ansausbildung mißbraucht werden könnte, um dort ausbilden zu lassen und dann einfach atkrankenpfleger zu werden. Diese Gefahr ht zweifellos, um so mehr, als sogar in der zeit nach den Tarifverträgen hohe Löhne bewerden müssen, während an anderen Pflegeen die Schüler ihre Verpflegung selbst been müssen. In Sachsen, wo die Schüler nicht unentgeltlich in Pflegeschulen ausgebildet wersondern auch ein bescheidenes Taschengeld ten, haben ähnliche Befürchtungen dazu gezwar eine Prüfung abzuhalten, sie aber nicht taatliche Prüfung anerkennen zu lassen, um Mißbrauch der unentgeltlichen Ausbildung zum len des Staates zu verhüten.

lein die Gefahr ist sicher eine geringe und auf wenige Ausnahmefälle beschränkt bleiben, man die schwierige Lage des Privatpflegenals heutzutage einerseits und die außerorch günstigen materiellen und dienstlichen ltnisse des Anstaltspflegepersonals andererseits bedenkt. Einem gewaltigen Überangebot von Krankenpflegepersonen aller Art steht gegenüber die Unmöglichkeit, bei der enormen Teuerung in Krankheitsfällen eine fremde Pflegeperson mit großen Lohn- und Verpflegungsansprüchen beizuziehen.

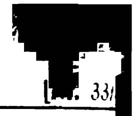
Wegen etwaiger Einzelfälle dürfen wir uns nicht abhalten lassen, zu fordern und zu tun, was wir als richtig und notwendig erkannt haben.

* * *

Nach Besprechung nahm die Versammlung folgende Leitsätze einstimmig an:

1. Vom Berufspersonal der öffentlichen Irrenanstalten muß die Ablegung der jetzigen staatlichen Prüfung für Krankenpflegepersonen verlangt werden.
2. Die Ausbildung im vorgeschriebenen Lehrgange soll in den Heil- und Pflegeanstalten selbst stattfinden. Zu diesem Zwecke ist bei den zuständigen Kreisregierungen zu beantragen, daß die Heil- und Pflegeanstalten ihr Pflegepersonal selbst ausbilden, als Krankenpflegeschulen anerkannt werden und ihre eigenen Prüfungsausschüsse erhalten, in welchem der Direktor die Stelle des beamteten Arztes einnehmen soll.
3. Der Lehrgang wird zweckmäßig in einen Vorbereitungskurs und in einen Prüfungskurs geteilt werden. Der Vorbereitungskurs soll möglichst bald nach dem Diensteintritte beginnen und ist für alle Neueingetretenen obligatorisch. Der Prüfungskurs fällt in das zweite Dienstjahr und ist für alle obligatorisch, die ferner im Dienst verbleiben wollen.
4. Von den Kursteilnehmern ist ein Kurshonorar zu fordern, die sonstigen Kosten der Ausbildung sollen die Kreise übernehmen.
5. Sofern die bereits abgeschlossenen Tarifverträge nicht anders bestimmen, sind während der Übergangszeit als „geprüft" im Sinne des Tarifvertrages diejenigen Pflegepersonen zu erachten, welche drei Jahre im Dienste und geeignet sind.
6. Die staatliche Anerkennung als Krankenpflegepersonen ohne Prüfung darf ohne Nachweis eines ausreichenden Lehrganges in der allgemeinen Krankenpflege auch beim dienstälteren Pflegepersonal nicht befürwortet werden.





Über den Zusatz zu dem § 223a des StGB., und über den § 139.

Von Prof. **Rieger** in Würzburg.

Der Zusatz zu dem § 223 a ist dieser Absatz 2 vom 19. Juni 1912:

> Gleiche Strafe (Gefängnis nicht unter zwei Monaten) tritt ein, wenn gegen eine noch nicht achtzehn Jahre alte oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die der Fürsorge oder Obhut des Täters untersteht oder seinem Hausstand angehört, oder die der Fürsorgepflichtige der Gewalt des Täters überlassen hat, eine Körperverletzung mittels grausamer oder boshafter Behandlung begangen wird.

Auf den Seiten 549 bis 562 des fünfundsiebzigsten Bandes der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie steht ein Aufsatz von mir, der im Frühjahr 1919 geschrieben und gedruckt worden ist, und dem ich den Titel gegeben hatte: Über unnötige Satzungen. — Ich habe dort hervorgehoben, daß, in bezug auf Psychiatrie und persönliche Freiheit, polizeiliche Verordnungen und Satzungen nicht besonders nötig sind, und daß die Paragraphen des Strafgesetzbuchs für das Wesentliche genügen. Als ich dann in den Monaten seither noch weiter über Nötiges und Unnötiges nachdachte, kamen mir auch noch Gedanken darüber: ob nicht auch in dem Strafgesetzbuch Unnötiges stehe in bezug auf die Psychiatrie? Ich las dann auch den Artikel von Direktor Bresler in Kreuzburg: Zu § 51 StGB. in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift 1919 S. 91 und darin den Satz:

> Wenn nun einmal — **man könnte sagen leider** — die Gesetzgebung in der Aufstellung von immer neuen Paragraphen fortschreitet usw.

Bei dem Wort: **leider,** fiel mir dann dieses ein: Als ich vor einem Jahrzehnt in meinen Berichten aus der psychiatrischen Klinik auch mein Erstaunen und Bedauern geäußert hatte über so vieles unnötiges Juristisches, machte mich der berühmte Jurist Lothar Seuffert in München aufmerksam auf dieses, was er einige Zeit vorher in einer Zeitschrift veröffentlicht hatte unter dem Titel: Furor legislativus:

> Die Massenhaftigkeit der Gesetzesvorschriften, mit denen das deutsche Volk überflutet wird, hat auch noch einen anderen Nachteil. Um sich einer Vorschrift zu fügen, muß man sie doch kennen. Wer kennt aber heutzutage die vielen vielen Tausende von Gesetzesparagraphen? Es gibt schwerlich einen Juristen, der sie alle kennt. Ich wundere mich, daß sich die deutschen Volksvertreter diese Überflutung mit Gesetzen gefallen lassen. Für das deutsche Staatswesen bedeutet dieses Anschwellen von Gesetzen nichts Gutes. „Der verderbteste Staat hat die meisten Gesetze", steht in den Annalen des Tacitus 3 27.

So scharfe Sätze eines Juristen haben d[...] auch mich noch bestärkt in der Meinung, man s[...] auch in bezug auf das Psychiatrische in dem St[...] gesetzbuch vorsichtig sein und nicht Unnötiges [...] einsetzen. Und da fiel mir ein, daß ich vor [...] dreißig Jahren selbst etwas geschrieben hatte ü[...] eine „Lücke in dem Strafgesetzbuch". Ich h[...] es damals nicht drucken lassen sondern es nur [...] Anhang an ein Gutachten einem Landger[...] schriftlich überreicht. Nach zwanzig Jahren [...] dann die Lücke tatsächlich ausgefüllt worden du[...] den Zusatz vom 19. Juni 1912, den ich oben an [...] Eingang gestellt habe. In den Jahren seit 1912 [...] mir dann in eigener Praxis zuerst nichts vo[...] kommen, was meine Aufmerksamkeit gerade [...] diese neue Gesetzesbestimmung gelenkt hätte. U[...] ich habe auch nichts Einschlägiges gelesen. A[...] neuerdings habe ich zu tun bekommen [...] einer Angelegenheit, bei welcher der Zusatz wi[...] tig geworden ist. Und dadurch ist mir auch [...] alte Geschichte wieder lebhaft in die Erinner[...] gekommen. Und dies veranlaßt mich, daß ich j[...] zum Abdruck bringe, was ich im Jahr 1892 an [...] Landgericht geschrieben hatte. —

Im Frühjahr 1892 war ein Mädchen in m[...] Klinik gekommen behufs Begutachtung im P[...] der Frage: Ist ihre Hirnkrankheit entstanden [...] durch, daß ihre Eltern sie geschlagen und mißh[...] delt haben? Also § 224 des Strafgesetzbuchs: K[...] perverletzung mit Folge von Siechtum, Lähm[...] oder Geisteskrankheit. Als das Mädchen u[...] diesem Gesichtspunkt von dem Gerichtsarzt [...] gutachtet wurde, war es erst 20 Jahre alt. [...] hatte progressive Paralyse und ist an dieser Kra[...] heit vier Jahre darauf gestorben. Daß auch sc[...] im zweiten Jahrzehnt des Lebens progressive P[...] lyse eintreten kann, dies war im Jahre 1892 n[...] unbekannter, als es jetzt ist; und ich habe desh[...] damals dieses in meinem Gutachten geschrieb[...]

> Die Nervenkrankheit, um die es sich handelt, ist [...] seltene, selbst für den Spezialarzt in Nervenkrankhe[...] und in der gewöhnlichen Praxis wohl ganz unbeka[...]

Und so hatte auch der Gerichtsarzt nichts [...] ihr gemerkt und war deshalb um so mehr d[...] disponiert, daß er mit Bestimmtheit begutac[...] hat: der Zustand ist Folge von Schlägen, Vern[...] lässigung und von moralischer Mißhandlung. —[...] habe dagegen dieses geschrieben:

> Es ist nicht möglich, daß die ausgedehnten H[...] und Rückenmarksdegenerationen, die bei ihr vor[...]



urch Schläge entstanden sind; ebenso können hygienische Vernachlässigung und moralische Mißhandlung auch icht daran schuld sein. Selbst die ärgsten, gegen den opf gerichteten, Schläge können den vorliegenden Zutand nicht hervorbringen, der lediglich aus inneren ründen entstanden sein kann. Daß die Mißhandlungen icht Ursache sondern Folge der Krankheit sind, dies hrt, ganz abgesehen von den positiven medizinischen atsachen, auch schon folgende einfache Erwägung: ie Mißhandlungen haben erst begonnen in einem Alter, welchem das Mädchen unter der Voraussetzung ihrer esundheit sich sofort aus dem elterlichen Hause weg id anderswohin, z. B. in einen Dienst, hätte begeben önnen. So machen es normale Mädchen, welche z. B. on einer bösen Stiefmutter mißhandelt werden. Alles Rede Stehende hat sich überdies nicht etwa in einem itlegenen Erdenwinkel oder gar hinter Klostermauern dgl. zugetragen sondern in einem Parterrezimmer am arktplatz der Stadt neben einem Hutmacherladen. nter der Voraussetzung, daß das Mädchen normal geesen wäre, als die Mißhandlungen begannen, wäre es idenkbar, daß sie in dieser Situation, in der sie jeden ugenblick durch Weggehen, Klagen usw. sich hätte heln können, die Mißhandlungen geduldig ertragen hätte. agegen wird dies alles selbstverständlich bei der Tatche, daß die Roheiten der Eltern gegen eine arme lflose Hirnkranke gerichtet waren. Sonach ist das itachten dahin abzugeben: sie ist aus inneren Gründen Siechtum und Geisteskrankheit verfallen. Diese Erankung war den ihr zugefügten Mißhandlungen zeitlich rausgegangen, kann also nicht deren Folge sein.

Auf dieses mein Gutachten hin wurde die Kriinaluntersuchung eingestellt. Denn so war es ja ine **schwere** Körperverletzung mehr. Darauf urde der Vater des Mädchens übermütig und verigte seinerseits den Redakteur der Zeitung, die tikel gebracht hatte über seine rohen Mißhandigen. Ich drucke darüber diese Zeitungsnotiz ab:

Neulich ging das Gerücht, daß die Hutmachersehete ihre Tochter in einen Keller gesperrt und auf eine iz schreckliche Weise mißhandelt hätten, um den Tod beizuführen und so deren Erbschaft erheben zu kön. Es wurde deshalb eine Kriminaluntersuchung eineitet. Diese wurde aber eingestellt. Der Vater fühlte h nun durch Zeitungsartikel schwer beleidigt und geädigt. Und seine Klage kam vor dem Schöffengericht Verhandlung. Der Vater lehnte einen Vergleich ab l beharrte fest darauf, der Redakteur solle sogar eine längnisstrafe bekommen. Der Redakteur wurde zu M Geldstrafe verurteilt.

Dieses Urteil ist mir damals ungerecht erschie. Denn ich hatte den besten Einblick darein, 3 nicht der Redakteur sondern die Eltern eine afe verdient hätten; und daß der Redakteur ein rdienst daran hatte, daß er die Roheiten der Eln an die Öffentlichkeit gebracht hat. Allerdings hatte der Redakteur auch törichtes sensationelles Beiwerk gebracht, z. B. dieses:

Der Vater hatte die Tochter zwei Jahre im Keller gefangen gehalten, um zu ihrem nicht unbedeutenden Erbe zu gelangen.

In Wirklichkeit war die Tochter nie in einem Keller und hatte überhaupt kein Erbe. Alles dies waren lediglich Reporterphantasien. Und noch ähnliches Phantastisches hatte in der Zeitung gestanden. Aber daß nun, bloß für diese Phantasien, 30 M gezahlt werden mußten, die rohen Eltern aber sozusagen noch triumphierend aus der Geschichte herausgingen, das hat mich damals erheblich affiziert; und ich habe deshalb dieses an das Landgericht geschrieben als Anhang zu meinem Gutachten:

Die Roheiten der Eltern erscheinen um so verwerflicher und strafwürdiger, als sie verübt wurden gegen eine völlig hilflose und wehrlose Kranke. Und das Rechtsbewußtsein fordert gewiß mit gutem Grund eine Strafe für die empörenden Mißhandlungen. Weil der § 224 nicht angewendet werden kann, so ist der Fall dann überhaupt kein Kriminalfall mehr gewesen. In Betracht hätte vielleicht noch kommen können der § 81 des bayerischen Polizeistrafgesetzbuchs: Wer ihm angehörige oder anvertraute Kinder, Kranke, Gebrechliche, Blödsinnige oder andere dergleichen hilflose Personen in bezug auf Schutz, Aufsicht, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost, wird an Geld bis zu 90 M oder mit Haft bis zu vier Wochen bestraft. — Dieser Paragraph enthält aber gar nicht den positiven Begriff der Mißhandlung sondern nur den mehr negativen der Verwahrlosung. Ich meine nun, der vorliegende Fall lehre deutlich, daß speziell Hirnkranke gegen Mißhandlungen einen besonderen gesetzlichen Schutz haben sollten, analog wie ihn weibliche Kranke haben gegen sexuellen Mißbrauch an dem § 176, 2 des Strafgesetzbuchs. Auch durch die Bestimmung dieses Paragraphen wird eine Tat zu einem Verbrechen erklärt, bloß weil sie gegen eine geisteskranke Person gerichtet ist, während sie sonst straflos wäre. Denn wenn sich eine erwachsene und dispositionsfähige Frauensperson freiwillig zum außerehelichen Beischlaf hergibt, so geht dies das Strafgesetz nichts an. Ebenso nicht dieses, wenn ein Dispositionsfähiger sich mißhandeln läßt ohne zu klagen.

So gut aber das Strafgesetz mit schwerer Strafe denjenigen bedroht, der mit einer Nichtdispositionsfähigen außerehelich kohabitiert, auch wenn sie gar keinen Widerstand leistet; so gut sollte es auch Nichtdispositionsfähige schützen vor Mißhandlungen, welche gerade deswegen in der Regel abscheulich ausarten, weil das Objekt der Mißhandlung hilflos und wehrlos ist, weder durch Flucht noch durch Gegenwehr noch durch Klage bei anderen oder bei Gericht sich schützen kann. — Die Haupttendenz meiner Auseinandersetzungen ist diese, daß Mißhandlungen von Geisteskranken keine bloßen Antragsdelikte sein sollten. Der Staat sollte die brutalen Mißhandlungen von Geisteskranken aus eigener



Initiative bestrafen können, nicht bloß auf privaten Antrag. Wenn die Eltern selbst die Mißhandlungen verübt haben, so weiß man ja gar nicht, wer dann den Antrag stellen soll. Nach dem herrschenden Gesetz kann man den, der hilflose Hirnkranke mißhandelt hat, kaum strafen. So war es auch in dem Fall, der mich zu dieser Auseinandersetzung veranlaßt hat: als der § 224 des Strafgesetzbuchs infolge meines Gutachtens nicht mehr anwendbar war, da wurde überhaupt alles Kriminalistische fallen gelassen. Den Redakteur hat man zu 30 M verurteilt, und die rohen Eltern haben gar keine Strafe bekommen.

Ich habe also das Vorstehende im Jahre 1892 nicht drucken lassen sondern es nur schriftlich an das Landgericht eingeschickt. Es ist wahrscheinlich, daß es irgendwie als handschriftliches Material verwendet worden ist. Jedenfalls ist aber die Lücke im Strafgesetzbuch im Sinne meines Schreibens nach zwanzig Jahren, am 19. Juni 1912, ausgefüllt worden durch den Zusatz, den ich oben am Eingang abgedruckt habe.

Und wegen „grausamer oder boshafter Behandlung" muß jetzt also auch der Staatsanwalt den Antrag auf Bestrafung stellen, wenn er eine Anzeige erhalten hat. Damit ist also das in das Strafgesetzbuch gekommen, was ich im Jahre 1892 verlangt hatte. — Wie ich oben gesagt habe, hat mir nun aber gerade eine Erfahrung der letzten Zeit auch in das Bewußtsein gebracht, daß man, wie mit allen Paragraphen von Gesetzen, so auch mit diesem neuen Zusatz Schwierigkeiten bekommen kann. Wenn der Zusatz schon im Jahre 1892 dagestanden hätte, so hätte er für den damaligen Fall völlig gepaßt. Die Eltern hatten ihre Fürsorgepflicht schwer verletzt, indem sie die unglückliche, wehrlose, paralytische Tochter grausam und boshaft mißhandelten. Das Kind war selbst gar nicht aggressiv sondern nur hinfällig, gebrechlich, blödsinnig. Und trotzdem wurde es roh mißhandelt. —

Dies war nun aber anders in diesem Fall, in dem der Ehemann und die erwachsene Tochter nunmehr nach dem neuen Zusatz ex officio von dem Staatsanwalt angeklagt wurden. Sie hatten nur ein paarmal auf die Mutter eingeschlagen, nachdem diese selbst unter dem Einfluß starker Wahnideen den Ehemann und die Tochter noch stärker geschlagen hatte. Die kranke Ehefrau schrie immer: in euch ist der Teufel, und schlug immer auf sie hinein. Wenn der Zusatz nicht gewesen wäre, so wäre in diesem Fall gar nichts Kriminalistisches gewesen. Der kranken Ehefrau wäre es auch durchaus nicht eingefallen, daß sie einen Strafantrag, bloß nach § 223, gestellt hätte. Und wenn sie ihn gestellt hätte, so wäre jedenfalls § 233 in Betracht gekommen, wobei dann von allem Psychiatrischen abgesehen worden wäre. — Gerade im Gegenteil aber hat die Ehefrau, als sie dann bei mir war, immer in Abrede gestellt, daß sie geschlagen worden sei. Und wenn es also, wie früher, sich bloß hätte handeln können um ein Antragsdelikt, wäre alles Kriminalistische von vornherein ausgeschlossen gewesen. So ist es aber ganz anders gegangen und ich habe, als ich die Akten dieses Kriminalprozesses las, gedacht: in diesem Fall ist es eher schlimm als gut, daß es nicht mehr so ist, wie e[s] im Jahre 1892 gewesen war. Denn jetzt fuhr di[e] Kriminaljustiz gleich übermäßig scharf darein un[d] fügte damit der armen Ehefrau noch am meiste[n] eine künstliche Vermehrung ihrer Leiden hinzu [zu] denen, die sie schon hatte von ihrer natürliche[n] Krankheit. Sie ist eine Frau von 51 Jahren, d[ie] als richtige Bauersfrau vor allem sehr darauf a[us] ist, daß das Geld beisammen bleibt, und daß au[ch] sonst alles in der Familie bleibt, daß auch kei[ne] Familiengeheimnisse nach außen dringen. Als m[an] in der heftigen melancholischen Erkrankung d[ie] Schläge hin- und hergingen und sie dann in mei[ne] Klinik kam, war sie vor allem beflissen, alles [zu] verbergen. Ich hatte darüber dem Staatsanwa[lt] dieses berichtet: „Weit entfernt davon, daß s[ie] selbst einen Strafantrag stellen wollte, behaupt[et] sie im Gegenteil z. B., die Flecken im Gesicht rü[h]ren gar nicht von den Schlägen des Ehemanns u[nd] der Kinder her, sondern das seien alte Flecken. S[ie] könne es nicht sagen, woher sie die Flecken hab[e]. — Objektiv ist diese Behauptung völlig unmöglic[h]. Sie selbst wiederholt das aber immer." — W[eil] aber die Nachbarn und die Gensdarmen scharfe u[nd] wiederholte Anzeigen gemacht hatten, mußte d[ie] Sache nach dem neuen Zusatz des § 223 a jetzt au[ch] scharf weitergehen. Die kranke Ehefrau hat einen sehr starken Besessenheitswahn, besonde[rs] auch in bezug auf ihre Kinder. Sie sagte auch [in] der Klinik oft: in denen steckt der Teufel, die mü[s]sen hin werden. Und so wollte sie sie auch sch[on] zu Hause mehrere Male erwürgen, was selbstve[r]ständlicherweise auch dazu führte, daß die Kind[er] sich stark dagegen wehrten. —

Der Ehemann und die Tochter wurden dann [zu]sammen zu einer Geldstrafe von rund 500 M ve[r]urteilt. Darüber war die geschlagene Ehefrau [am] unglücklichsten, und sie jammerte ganz besond[ers] darüber, daß sie die Familie auch noch in dies[en] großen Geldverlust gebracht hatte, der ihr als d[as] schlimmste Unglück erschien. Und auch ich ha[be] den Eindruck, daß der Zusatzparagraph in dies[em] Fall gerade nicht besonders passend und nützli[ch] war. Und so mag es auch in manchen ander[en] Fällen sein, weshalb ich darauf aufmerksam mac[he].



aß man eben auch hier, wie immer, sehr indivi-
ualisieren muß. Daß man vermittelst des Zusatz-
aragraphen ein Krankes zu seiner natürlichen
rankheit hin, welche die Ursache von allem ist,
urch schwere Geldstrafen noch unglücklicher
acht, als es so schon ist; — darin kann ich nichts
assendes finden. — Dagegen finde ich den Zusatz-
aragraphen z. B. manchmal passend und zweck-
äßig für die Wärter in den psychiatrischen Insti-
ten. Ich habe seit dem Jahre 1888 jeden Wärter
eim Eintritt dieses unterzeichnen lassen: wenn
n Wärter einen Kranken mißhandelt hat, so hat
auch Anzeige bei Gericht zu gewärtigen. — Und
aß ich das getan habe, hat sich mir, auch noch vor
em Juni 1912, gelegentlich nützlich erwiesen
egenüber von Gerichtsbehörden; nämlich dann,
enn Klagen kamen von entlassenen Kranken.
b die Klagen nun auf Wirklichkeit oder bloß auf
inbildung beruhten, jedenfalls war es mir immer
n guter Behelf, wenn ich Juristen das unterschrie-
ene Blatt des Wärters vorzeigen konnte und damit
en urkundlichen Beweis dafür, daß ich es in diesem
unkt nicht hatte fehlen lassen an Warnungen. Da-
ei mußte ich mich aber vor dem Juni 1912 immer
arüber wundern, daß die Juristen nie daran dach-
n: wenn ich einmal Ernst machen wollte mit
einer Drohung, dann mußten mich die Juristen
or dem Juni 1912 einfach im Stich lassen; wie
h im Jahre 1888, kaum daß ich meinen privaten
rohparagraphen verfaßt hatte, sofort erfahren
ußte. Denn vor dem Juni 1912 lag die Sache ein-
ch so: was nicht gefährliche oder schwere Kör-
erverletzung war — und das waren eben Stöße
d Püffe von Wärtern nicht —, das war bloßes
ntragsdelikt. Und da war ich dann so machtlos:
n war empört darüber, daß ein Wärter, trotz
iner Unterschrift, einen Kanken recht roh gepufft
d gestoßen hatte, aber allerdings nicht gefähr-
h und schwer. Ich machte also gemäß meiner
ohung auf meinem Papier: „Anzeige bei Gericht".
er da kam die Antwort, die ja vor dem Juni 1912
lbstverständlich war: ich sei nicht berechtigt
m Antrag. Der Kranke müsse ihn stellen oder,
enn dieser ihn nicht stellen könne, sein Vater.
esen wollte ich natürlich nicht unnötig alarmie-
n. Und so mußte also mein Versuch beruhen,
n ich so vor dem Juni 1912 nur das erste und
izige Mal machen konnte; der Versuch nämlich,
eine papierne Drohung wirklich zu machen.

Auch diese hat sich ja dann nützlich erwiesen,
e ich vorhin berichtet habe. Aber erst seit dem
ni 1912 hat mein Papier auch eine wirkliche
undlage bekommen. Denn wenn ich jetzt dem
aatsanwalt Anzeige erstatte, so muß er „ex offi-
cio" vorgehen und darf keinen Antrag eines Antragsberechtigten verlangen, so wie er es im Jahre 1888 verlangen mußte. Ich besänne mich freilich auch jetzt noch, ehe ich die Anzeige machte, und zwar je nach der Lage aus zwei verschiedenen Gründen. Im Fall meiner Bauersfrau von vorhin, wo die Angehörigen selbst geprügelt hatten, kam der erste Grund gegen die Anzeige nicht in Betracht, nämlich dieser: daß jeder vernünftige Psychiater sich doch zuerst darüber ernstlich besinnen wird, ob er die Angehörigen alarmieren soll. Vor dem Juni 1912 hätte er sie, als die allein zu dem Antrag Berechtigten, von vornherein alarmieren müssen. Dazu brauchte er sie jetzt nicht mehr. Aber es wäre doch unvermeidlich, daß sie von der Kriminalsache erführen, in der Regel sogar in irgendeiner Weise von dem Gericht vernommen würden. Und wenn ich im Jahre 1888, selbstverständlicherweise, den Vater nicht wegen des Antrags alarmiert habe, so sind mir auch nach dem Juni 1912 immer noch die Hände gebunden, wenn Angehörige vorhanden sind, deren Alarmierung vermieden werden muß.

Also einerseits: wenn die Sachlage diese ist, wie bei meiner Bauersfrau, daß die geprügelte kranke Person durch die Anzeige noch unglücklicher gemacht wird, indem sie zu ihrer natürlichen Krankheit und zu ihren akzessorischen Prügeln auch noch an ihrem Vermögen geschädigt wird; dann wird man nicht anzeigen sondern sich darauf beschränken, die Angehörigen, die geprügelt haben, tüchtig auszuschelten.

Andererseits: wenn die Sachlage diese ist, daß die Angehörigen durch die Aufdeckung unnötig alarmiert werden müßten, dann mache ich natürlich gleichfalls keine Anzeige sondern strafe selbst. Wenn diese Abhaltungen aber nicht zutreffen, dann ist der Zusatz zu dem § 223 a ganz nützlich, und so auch für die Bekämpfung von Roheiten bei Wärtern. Meine Drohung hat ja mit diesem Zusatz die gesetzliche Grundlage bekommen. Und bei sachgemäßem Abwägen und Individualisieren wird also der Zusatz auch in der psychiatrischen Praxis sich passend erweisen.

* * *

Ich benutze noch die Gelegenheit zu einer Bemerkung über den Glauben, der vielfach verbreitet ist: als ob in dem Strafgesetzbuch auch davon etwas stünde, daß man anzeigen müßte. Davon steht durchaus nichts darin. Nur der § 139 kommt in Betracht, und dieser beschränkt sich auf ganz anderes, indem er bloß so lautet:

Wer von dem Vorhaben eines Hochverrats, Landes-



verrats, Münzverbrechens, Mordes, Raubes, Menschenraubes oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechens möglich ist, glaubhafte Kenntnis erhält und es unterläßt, hiervon der Behörde oder der durch das Verbrechen bedrohten Person zur rechten Zeit Anzeige zu machen, ist, wenn das Verbrechen oder ein strafbarer Versuch desselben begangen worden ist, mit Gefängnis zu bestrafen.

Hier ist ausschließlich nur das Vorhabliche genannt. Von Geschehenem steht nichts da. Und auch das Vorhabliche nur von den schwersten Verbrechen. Eine Verpflichtung, im Sinne eines Strafgesetzes, zu einer Anzeige gibt es nicht. Es müßten bloße polizeiliche Verordnungen sein, von denen mir aber in Bayern in mehr als vierzig Jahren auch nichts bemerkbar geworden ist. Die Sache liegt also für den Psychiater so: Gezwungen zu einer Anzeige ist er niemals. Er kann von sich aus sachgemäß entscheiden über Anzeige oder Nichtanzeige Seit dem 19. Juni 1912 hat seine Anzeige immer den Effekt, daß der Staatsanwalt sich mit ihr beschäftigen muß. Die Anzeige ist also nicht so wirkungslos, wie sie früher gewesen war. Die antagonisti schen Motive: bei dem Psychiater **für** oder gege Anzeige, werden immer diese sein: **für**: der, oi sehr berechtigte und begründete, Wunsch, es soll auch ein kriminalistisches Exempel statuiert wer den zur Verhütung von Mißhandlungen in der Zu kunft; und **gegen**: der, gleichfalls oft sehr begrün dete und berechtigte, Wunsch: einesteils, es so kein unnötiger Skandal entstehen; andernteils: da Mißhandelte soll nicht selbst durch die Anzeige noc unglücklicher gemacht werden. Denn auch hie gilt der alte Grundsatz des Mediziners: Primum est non nocere.

Provinzial-Institut für praktische Psychologie Halle a. S., Prachtstraße.

Aus dem der Landesheilanstalt Nietleben angeschlossenem Sonderlazarett für Hirnverletzte ist ein Provinzialinstitut für praktische Psychologie, Halle, am Weinberg, hervorgegangen. Es stellt die wesentliche Erweiterung eines bereits im Anfang vorhanden gewesenen kleinen Laboratoriums dar. Die Räume des Instituts befinden sich in einer Außenvilla der Anstalt und bestehen aus einigen sehr großen, mit neuesten Apparaten und Untersuchungsmitteln versehenen Zimmern, ferner aus einem Unterrichtszimmer und einem psychologischen Übungsraum. Ursprünglich nur dafür bestimmt, bei der Rentenbegutachtung und Berufsberatung der hirnverletzten Krieger mitzuwirken, hat das Institut nunmehr seine Tätigkeit auch für die weitere Öffentlichkeit aufgenommen. Es arbeitet außer für die Militärverwaltung beispielsweise für das Gesundheitsamt der Stadt Halle, für die Schulen, die Industrie und private Aufträge, für die Lehrerschaft, die Reichspostverwaltung, für das Landesarbeitsamt, die Landwirtschaft und sonstige Organisationen. Auch von auswärts sind mannigfache Anfragen erfolgt, die die Unterstützung des Instituts erwarten, so daß die Wirksamkeit bereits jetzt über die Provinz Sachsen und Anhalt hinausreicht.

Die Tätigkeit erstreckt sich auf drei Gebiete: Erstens werden sogenannte Berufseignungsprüfungen angestellt. Mit neuen, zum Teil hier zum ersten Male eingeführten Vorrichtungen und Apparaten wird die Auslese und die Fähigkeit der Untersuchten nach allen erdenkbaren Richtungen ge prüft. Es wird festgestellt, ob jemand Fähigkeite für den in Aussicht genommenen Beruf besit oder ob man ihm auf Grund der festgestellten Be funde eine andere Tätigkeit vorschlagen würd Auch Begabungsuntersuchungen für noch in de Schule befindliche Kinder gelangen zur Durchfü rung. Schüler, welche den Eltern durch ih Schwerfälligkeit oder eigenartige seelische Anlag Schwierigkeiten bereiten und in der Schule nic mitkommen, werden der Hilfsschule überwiese oder zu besonderen Kursen geschickt.

Zu der Eignungsprüfung kommen nicht nur d Rentenempfänger des Militärs sondern auch J gendliche, die in die Lehre treten wollen, ausg lernte Kräfte für Handel und Verkehr, ebenso au ältere Personen, die infolge besonderer Erschei nungen Klarheit über ihre Berufsfähigkeit hab möchten. Hierbei werden sämtliche Berufe, au bereits die akademischen und sogenannten höhere Berufe berücksichtigt.

Zweitens befaßt sich das Institut mit sog. ps chotechnischen Eichungen. Es wird z. B. festg stellt, ob eine bestimmte Druckschrift besser le bar ist als eine andere, welches Formular i Büro, oder welche Kurbelart an landwirtscha lichen Maschinen am angemessensten wäre, od experimentell geprüft, welche Ermüdungserschei nungen bei bestimmten Arten von Schreib- od Rechenmaschinen auftreten, so daß man in d Lage ist, auf Grund der Untersuchungen der G

genstände in Arbeitsbetrieben und Bureaus Verbesserungen zu treffen, um Ermüdung und Anstrengung der sie benutzenden Personen möglichst herabzusetzen. Zu dieser Abteilung rechnet ferner ein psychologisches Übungszimmer, in dem Leute mit Gedächtnisstörungen und Hinderungen der zweckmäßig erfolgenden Handbewegungen, Mangel an Konzentration und Aufmerksamkeit, Hemmungen in schneller Entschlußfähigkeit durch besondere Vorrichtungen und Übungskurse eine Besserung ihres Zustandes erhalten sollen. Man hofft auf diesem Wege insbesondere Hirnverletzten, Nervösen oder geistig sonst Geschädigten in zweckmäßigerer Weise zu helfen, als es bisher möglich war.

Eine dritte Abteilung befaßt sich mit wissenschaftlicher Forschung. Es ist selbstverständlich, daß bei dem großen und vielseitigen Material, das im Institut bearbeitet wird, Aufschlüsse und Forschungen erzielt werden, die wiederum dazu beitragen, für das allgemeine Wohl neue Methoden und Verbesserungen auszuarbeiten.

Diesem Zweck dient die dritte Abteilung, die das praktisch vorkommende Material ordnet und nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten durchprüft. So sind beispielsweise umfangreiche Untersuchungen über die Funktion des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeitsstörungen, der sog. praktischen Intelligenz, psychologische Hemmung in der Schule, über Fragen der Berufsberatung, über Psychotechnik in der Landwirtschaft und vieles andere mehr im Gange.

Nach Arbeitsplan, Einrichtung, Umfang und wirtschaftlichen Mitteln ist das Institut zurzeit eines der größten in Deutschland und das erste, welches eine Provinz für praktische Zwecke besitzt. Ein Stab von Mitarbeitern, bestehend aus Ärzten, Lehrern, Volkswirtschaftlern, Ingenieuren, Studierenden, hat sich herangebildet. Das Institut hält ferner Praktika und eigene Vorlesungsreihen ab. In erster Linie sollen jedoch von hier aus rein fachpsychologisch voll ausgebildete Personen, sowohl wissenschaftliche Forscher, wie gründlich geschulte Hilfskräfte, bei der Inbetriebsetzung weiterer Zweiglaboratorien zur Verfügung stehen. Während die Einrichtungen für Hirnverletzte von der Kriegsbeschädigtenfürsorge und dem Verein „Fürsorge für hirnverletzte Krieger" bestritten sind, werden die nötigen Unternehmungen des Instituts durch namhafte Beiträge des Landesarbeitsamtes Magdeburg, der Stadt Halle usw. gefördert.

Als Führer durch die hauptsächlichsten Versuchsmethoden zur Berufseignungsprüfung des Instituts erschien vom Unterzeichneten die kleine Schrift: „Wege und Ziele der Psychotechnik" (Langensalza 1920, Wendt & Klauwell). Für die fachpsychologischen Veröffentlichungen steht die Arbeitenreihe „Deutsche Psychologie" (Ebenda, Bd. 3 im Erscheinen) zur Verfügung.

Dr. Fritz Giese.

Mitteilungen.

Reichsverband.

I. Von der Landesbehörde einer preußischen Provinz ist vorgeschlagen worden, bei der nächsten Konferenz der Landesdirektoren darüber eine Aussprache herbeiführen, ob von den Assistenzärzten der Landesanstalten als Vorbedingung für die Anstellung als Anstaltsarzt bzw. Oberarzt die Ablegung der Kreisarztprüfung zu verlangen sei.

Wir bitten unter Hinweis auf die diesbezüglichen Ausführungen im Entwurf der Richtlinien um Stellungnahme zu dieser Frage; erwünscht sind insbesondere auch solche Äußerungen, die sich zur Veröffentlichung eignen.

II. Wir bringen den Einzelverbänden anläßlich der endgültigen Regelung der Besoldungsfrage die bekannten Richtlinien des Reichsverbandes nochmals in Erinnerung und bitten, an ihnen, jedenfalls dem Sinne nach, unbedingt festzuhalten.

III. Es ist beabsichtigt, die Einordnung der höheren Verwaltungsbeamten, insbesondere der Landesräte bzw. Landesassessoren, in die Gehaltsklassen und diejenige der Ärzte einer vergleichenden Zusammenstellung und Betrachtung zu unterziehen. Hierzu benötigen wir möglichst eingehende Mitteilungen über diese Verhältnisse in den einzelnen Landesteilen.

IV. Der Entwurf der „Richtlinien über die zeitgemäße Gestaltung der dienstlichen und beruflichen Stellung der Ärzte in den öffentlichen Irrenanstalten" ist nunmehr in der Hand jedes Einzelmitgliedes. Wir bitten um recht baldige Durchberatung und machen auf den letzten Absatz (S. 30) besonders aufmerksam.

V. Falls in irgendeinem Verwaltungsbezirk diejenigen Ärzte, welche den Dienst an den Bewahrungshäusern für verbrecherische Geisteskranke versehen, besondere Zulagen erhalten sollten, so wäre uns nähere Auskunft hierüber erwünscht.

VI. Nachstehend teilen wir eine Notiz des Berliner Lokalanzeigers vom 18. Oktober 1920 mit, die allge-

meineres Interesse hat: „Die akademisch vorgebildeten Beamten und Angestellten der Gemeinde Berlin haben sich zu einer Interessen- und Arbeitsgemeinschaft im Berufsverein der höheren Kommunalbeamten, Ortsgruppe Berlin, zusammengeschlossen, die unter Zugrundelegung der vom Bund höherer Beamter aufgestellten Richtlinien künftig alle beruflichen und wirtschaftlichen Fragen gemeinsam beraten und der Behörde gegenüber vertreten soll. Der Arbeitsgemeinschaft gehören bisher an: Der Groß-Berliner Philologenverband, Berufsverein der höheren Kommunalbeamten, Freie Vereinigung der leitenden Ärzte an den Berliner Krankenanstalten, Verein der Irrenärzte, Verein Städtischer Tierärzte, der Mitglieder des Medizinalamtes, Verein der Städtischen Apotheker, die akademisch vorgebildeten Mitglieder der Museen, des Statistischen Amtes und des Wohnungsamtes, die Chemiker der Gas- und Wasserwerke. — Auskunft erteilen: Direktor Dr. Bolle, Karlshorst, Realgymnasium; Magistratsrat Dr. Marguhn, Berlin, Rathaus; Oberarzt Dr. Sünner, Anstalt Herzberge; Dr. M. Hilzheimer, Märkisches Museum." I. A.: Dr. Hussels.

Buchbesprechungen.

— Scholz, Dr. Ludwig, weiland Nervenarzt in Bremen, Direktor a. D. der Prov.-Irren- und Idiotenanstalt in Kosten: Leitfaden für Irrenpfleger. Vom deutschen Verein für Psychiatrie gekrönte Preisschrift. Vierzehnte, unveränderte Auflage. Mit 42 Abbildungen. Halle a. S. 1920, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis M 5,— u. 20 v. H. T.-Z.

Nach Jahresfrist ist die neue Auflage notwendig geworden. Es ist ein Vermächtnis von dauerndem Wert, das der auf dem Felde der Ehre fürs Vaterland dahingesunkene Nerven- und Irrenarzt Ludwig Scholz der deutschen Irrenpflege mit diesem Leitfaden hinterlassen hat, und unsere Dankespflicht, dieses Vermächtnis in Ehren zu halten. Dannemann, ein Berufener, hat dieses Vermächtnis in Verwahrung und Obhut genommen und wird dafür sorgen, daß in ihm der Geist des Verfassers weiterlebt und sein Wunsch, die deutsche Irrenpflege zu vervollkommnen und zu veredeln, sich immer mehr erfülle. Möchte es ihm gelingen, trotz der Schwierigkeiten der neuen Zeit.

Möchte weiterhin das Buch jedem Pfleger und jeder Pflegerin ein ständiger Begleiter in seinem Beruf sein. Bresler.

— Stier, Ewald: Über Ohnmachten und ohnmachtsähnliche Anfälle bei Kindern und ihre Beziehungen zur Hysterie und Epilepsie. Heft 7 Bd. I der Samml. zwangloser Abhandlungen zur Neuro- und Psychopathologie d. Kindesalters. 138 S. Jena 1920, Verlag von G. Fischer. Brosch. 16,00 M.

Auf diesem schwierigen Gebiete, wo man allenthalben auf Gleichungen mit mindestens zwei Unbekannten stößt, Klarheit zu schaffen, ist keine Kleinigkeit. Es ist



daher außerordentlich verdienstlich, daß sich Stier dieser mühsamen Arbeit unterzogen hat, und bewundernswert, mit welcher Sorgfalt und Hingabe er die einzelnen so verschiedenartigen und -wertigen Krankheitszeichen prüft und abwägt, um richtige Gruppierung und Erkennung anzubahnen. Es ist ihm gelungen, soweit es bei den Unterlagen, welche die heutige Wissenschaft dem Kliniker gibt, überhaupt möglich ist.

Es werden erst 18 Fälle von Ohnmacht im engeren Sinne mitgeteilt und eine sozusagen „genuine" Ohnmacht aufgestellt. Interessant ist, daß Stier dabei in der Lage ist, das Leiden nach Entstehungsart und Wesen an die früher von ihm beschriebenen respiratorischen Affektkrämpfe anzugliedern (S. 81). Genaueres darüber wolle man im Original nachlesen, dessen Studium überhaupt den Ärzten, nicht bloß Kinder- und Nervenärzten bestens empfohlen werden muß. Äußerst instruktiv sind auch die beschriebenen Anfälle von lokaler Synkope an Fingern und Zehen (Unterform der allgemeinen Ohnmacht oder ihr koordiniert, Fall 15, 16, 17).

Der zweite Teil bringt Mitteilung und Erörterung diagnostisch schwer deutbarer Fälle.

Das Buch muß, wie gesagt, aufs beste empfohlen werden. Bresler.

— Weygandt, Dr. med. et phil. Wilhelm, ord. Prof. der Psychiatrie an der Universität Hamburg, Direktor der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg: Erkennung der Geistesstörungen (Psychiatrische Diagnostik). Mit einem serologisch-diagnostischen Teil von Priv.-Doz. Dr. med. Victor Kafka. 250 S. Mit 18 farbigen Tafeln nach Aquarellen der Kunstmaler Herrfurth, Rothgießer u. a. und 318 Textabbildungen. Band I von „Lehmanns medizinischen Lehrbüchern". München 1920, J. F. Lehmanns Verlag. Geh. 34 M.

Es liegt hier ein Lehrbuch von bisher nicht erreichter Güte und Reichhaltigkeit bildlicher Veranschaulichung vor. Studierender und Arzt werden mittelst dieser Abbildungen mit bestem Erfolg die Erinnerung an das auffrischen, was sie in der Klinik gesehen haben. Sie beziehen sich nicht nur auf Physiognomisches, Haltungs- und Bewegungsstörungen, Stereotypien, Manieren u. dgl.,





sondern auch auf Tabellen über Erblichkeit, Denkreaktionen und zugehörige Fragebögen, auf psychologische Meßapparate, Schriftproben, Zeichnungen Geisteskranker, auf Augenhintergrund, Pupillenprüfung und Pupillenbefunde, Lumbalpunktion, Blut- und serologische Untersuchungen nebst Apparaten und Befunden — kurz eine überraschende Fülle von Darstellungsobjekten. Daß diesem allem eine ebenso große und erschöpfende Reichhaltigkeit und Vielseitigkeit des durch den Text gebotenen Stoffes entspricht, ist selbstverständlich.

Das Buch verdient in der Hand jedes Studierenden zu sein und die meisten Ärzte werden aus seinem Studium Nutzen ziehen.

Personalnachrichten.

— **Wiesloch.** Dr. med. Hans Braun von Strümpfelbrunn ist am 4. Oktober 1920 hier als Hilfsarzt eingetreten.

Das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) nach Dr. med. Sprenger ist eine weiche, unschädliche, im Gehörgang

itzende Ohreinlage mit kleinem Stiele, bestehend aus 'araffin-getränkten Watteröllchen mit seidener Schutz-ülle. Das Paraphon wird mittels einer besonderen 'inzette oder den Fingern in den Gehörgang eingelegt nd wieder entfernt, es bewirkt besten Schutz gegen laus- und Straßenlärm und ist deswegen für Nervöse nd Geistes-Arbeiter unentbehrlich; auch findet es mit em besten Erfolge als Badekugel beim Baden im Freien 'erwendung. Es ist bei Zimmertemperatur hart und wird im Ohre weich. Es liegt im Ohr nicht sichtbar. Das Paraphon ist durch medizinische Autoritäten als der beste Geräuschdämpfer anerkannt worden, es braucht nicht stückweise durch einen Arzt aus dem Ohr herausgeholt werden und es erweitert nicht den Gehörgang, durch welche schädliche Eigenschaft namentlich die Metall-, Gummi- und Holzantiphone sich auszeichnen. Preis pro 6 Stück M. 8,50. Porto extra. Zu beziehen durch Patentbüro „Unitas" Stettin, Falkenwalder Str. 25.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 35/36. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.
Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
...h. San.-Rat Prof. Dr. K. Alt Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. Beyer, ...derbirken b. Leichl., Prof. Dr. Bleuler, Zürich, San.-Rat Dr. Deiters, Düren, San.-Rat Dir. Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin), Med.-...t Dir. Dr. Fischer, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. Friedländer, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. Herting, Galkhausen ...hl.), Geh. Med.-Rat Dr. Ilberg, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. Kluge, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. Lehmann, ...rtheck, Geh. San.-Rat Dr. Mercklin, Treptow a. R., Dir. Dr. v. Olah, Budapest, Prof. Dr. A. Pilcz, Wien, Reg.-Rat Dr. H. Schlöß, ...ien, Geh. Rat Prof. Dr. E. Schultze, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen, Reg.-Rat Dr. Starlinger, ...auer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. Vocke, Eglfing b. München, Prof. Dr. H. Vogt, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. L. W. Weber, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et. phil. W. Weygandt, Hamburg.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

...r. 35/36. 4. Dezember **1920/21.**

Bezugspreis: ...6,— für das Vierteljahr, die ...bonnementspreise für das Aus...nd werden nach der vom Deut...hen Buchhandel vorgeschrie...nen Verkaufsordnung für das ...sland berechnet. Zu beziehen ...rch jed. Buchhandlung, d. Post unmittelbar vom Verlage. Er...heint bis auf weiteres vier...hntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Ist ein aus der Anstalt versuchsweise entlassener Geisteskranker arbeitsfähig im Sinne der RVO.?

Von Dr. **Viktor Mathes**, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch.

...reichhaltig die einschlägige Literatur ist an Abhandlungen über die Arbeitsfähigkeit bei ...erlichen Erkrankungen und deren Beziehungen RVO., so spärlich ist sie darin für das Gebiet Seelenstörungen. In den bekannten Hand- und ...büchern über forensische Psychiatrie (Hoche, ...mer, Bumke) ist die RVO. selbstverständlich Absicht nicht erwähnt; nur im Lehrbuch von ...ner sind die in Betracht kommenden Paragra... aufgenommen und kommentiert. Es treten in der psychiatrischen Praxis neben zivil... strafrechtlichen Begutachtungen auch sehr ...ig Fragen an den Arzt heran, die aus den Be...ungen der Geisteskranken zur RVO. entstehen ...deren Beantwortung vielfach anders ausfallen ..., als wenn es sich um körperlich Erkrankte ...delte; hier ist durch die Erkrankung die Ar...sfähigkeit entweder aufgehoben und vermin... oder bleibt unter Umständen überhaupt un...ört. Die daraus sich ergebende Stellung zur ...). ist dann auch meistens ohne weiteres klar kann auch von Laien in vielen Fällen beurteilt werden. Anders aber liegt die Sache bei Geisteskranken. In gewissen Fällen wird auch hier die Arbeitsunfähigkeit im Sinne der RVO. nicht zweifelhaft sein, z. B. bei allen denen, deren Zustand eine Behandlung in geschlossenen Anstalten nötig macht. Erhebliche Schwierigkeiten werden der Beurteilung aber die mehr oder weniger gebesserten Kranken darbieten. Bei ihnen kann die rein körperliche Arbeitsfähigkeit voll erhalten sein, und doch wird die Arbeitsfähigkeit im Sinne der RVO. verneint werden müssen. Die letzte Entscheidung darüber muß natürlich der freien richterlichen Überzeugung überlassen werden. Das ärztliche Gutachten aber, das dazu dienen soll, dem Gerichtshof eine Unterlage für die richtige Urteilsfindung zu gewähren (Erkenntnis des RVA. vom 14. 10. 92), wird hierbei um so eingehender sein müssen, als die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines Geisteskranken für den Laien ungleich schwerer ist als bei einem nur körperlich Erkrankten. Nur ein Urteil auf Grund längerer Beobachtung bei genauer Kenntnis der Seelenstörungen



wird Kranke, Umwelt und Kasse vor schwerem Schaden bewahren können. Es ist für den Fachmann ein gar nicht so seltenes Erlebnis, daß z. B. bei Manischen die Vielgeschäftigkeit, die Selbstüberschätzung ihrer Person und Arbeit, die heitere Gesprächigkeit, die leichte Art, mit der alles angepackt und scheinbar auch bewältigt wird, über die Schwere der Krankheit hinwegtäuscht, bis dann die Vergeudung des Arbeitsmaterials, die Abhaltung der Mitarbeiter durch Scherze und Witze von der Arbeit und plötzliche Gewaltakte der keinen Tadel vertragenden zornmütigen Kranken beträchtlichen Schaden angerichtet haben. Kranke anderer Art wissen wieder mehr oder weniger lange Zeit hindurch ihre Krankheitszeichen zu verschleiern oder zu verbergen, bis sie ihr aus krankhaften Motiven gestecktes Ziel zum Schaden ihrer selbst oder anderer erreicht haben. Oder der Versündigungswahn und die daraus entspringende Meinung, nicht genug büßen zu können, mitunter auch nach teilweiser Besserung als Kontrastwirkung das Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit treibt diese Kranken zu Arbeitsleistungen an, deren Anstrengungen sie schon bald wieder erliegen. Und wieder andere dürfte es geben, die es geschickt und oft nur schwer widerlegbar verstehen, bestimmte Symptome einer Krankheit zu simulieren, bis sie sich auf Kosten der Kasse eine freie Verpflegung gesichert haben. Schließlich ist auch die bei vielen Kranken durch die Art oder den Grad ihres Leidens veränderte Stellung im Zivil- und Strafrecht zu berücksichtigen.

Diese Gesichtspunkte mögen die Mitteilung folgender Arbeit rechtfertigen, die eine Erweiterung eines dem Oberversicherungsamt M. erstatteten Gutachtens darstellt.

Klara F. war vom 6. November 1914 bis 18. September 1915 freiwilliges Mitglied der allgemeinen Ortskrankenkasse M. Während dieser Zeit wurde sie geisteskrank und auf Kosten dieser Kasse in der Klinik H. vom 30. April bis 20. Juli 1915 verpflegt. An diesem Tage wurde sie laut Zeugnis der Direktion aus der Irrenklinik als gebessert, jedoch nicht arbeitsfähig entlassen. Diese Erklärung wurde auf Ersuchen der Krankenkasse von der Direktion der Klinik dahin ergänzt, daß K. F. in der Zeit vom 20. Juli bis 27. August 1915, der Zeit, die sie außerhalb der Klinik verbringen konnte, nicht arbeitsfähig im Sinne der RVO. war. Gegen diese ärztliche Auffassung würde selbst auch die Tatsache nicht sprechen, wenn K. F. in dieser Zeit Arbeitsversuche gemacht habe.

Am 27. August 1915 wurde die F. wieder in die Klinik H. aufgenommen und befindet sich seit dieser Zeit ununterbrochen in der Klinik oder in der Anstalt W., wohin sie am 1. Dezember 1915 übergeführt wurde. Von den fünf Wochen, die F. außerhalb der Klinik verbringen konnte, hat sie nun bei einer Dienstherrschaft in M. 16 Tage lang einfache Dienstbotenarbeit (kochen konnte sie nicht) verrichtet und hat dafür Lohn bezogen. Von der zweiten Aufnahme (27. August 1915) ab geschah die Verpflegung und Behandlung in der Klinik auf Kosten der Stadtgemeinde — Ortsarmenverband — M. Diese verlangte nun Ersatz der durch die Verpflegung der F. in den ersten 26 Wochen vom 27. August 1915 ab entstandenen Kosten von der Ortskrankenkasse der häuslichen Dienstboten [illegible] auf Grund der Behauptung, die F. habe in der Zeit vom 1. August bis 16. August 1915 als Dienst[illegible] mädchen in Arbeit gestanden, sei demzufolge Pflichtmitglied dieser Krankenkasse geworden, diese Kasse habe deshalb für den verlangten Betrag aufzukommen. Sie verklagte die Kasse auf Auszahlung dieser Forderung beim Versicherungsamt M. Fürsorglich beantragte sie noch die Beiladung der allgemeinen Ortskrankenkasse zum Streit und ihre Verurteilung für den Fall, daß die Dienstbotenkasse nicht verurteilt würde. Beide Kassen lehnten den Klagespruch als unbegründet ab, die Dienstbotenkasse mit der Begründung, ihre ablehnende Haltung stütze sich auf die Zeugnisse der Klinik H., nach welchen kein Zweifel sei, daß die F. keine ernste Arbeit habe leisten können, [illegible] es sich bei ihr um eine fortdauernde Geisteskrankheit handle und deshalb ein mißglückter Arbeitsversuch vorliege, welcher keine Versicherungspflicht begründet habe. Die F. sei deshalb nicht Mitglied ihrer Kasse geworden, sondern die freiwillige Mitgliedschaft bei der allgemeinen Ortskrankenkasse sei zur Zeit der zweiten Unterbringung in die Irrenanstalt noch nicht erloschen ge[illegible] wesen. Der Armenverband könne daher seinen Ersatzanspruch nur gegen die allgemeine Ortskrankenkasse geltend machen. Diese aber lehnte den Klagespruch ab, mit der Begründung, es handle sich um keinen mißglückten Arbeitsversuch gehandelt, vielmehr habe die F. sechzehn Tage lang ernstliche und brauchbare Arbeit geleistet. D[illegible] Versicherungsamt M. erließ in dieser Sache [illegible] Vorentscheidung, daß die Dienstbotenkasse [illegible] Verpflegungskosten für die ersten 26 Wochen de[illegible] Ortsarmenverband zu ersetzen habe. Dagegen legte die Dienstbotenkasse beim Oberversicherungsamt Berufung ein, und dieses ersuchte uns um ein Gutachten darüber, ob die [illegible] bei Antritt des Dienstes völlig arbeitsunfähig [illegible] wesen sei.

K. F. wurde in ihrem 21. Lebensjahre geistes-
ınk. Vom zweiten Schub der Erkrankung ab
:b sie sehr widerspenstig, wechselte alle vier
ochen ihre Stelle, verbrauchte ihr Geld zu
schereien und Tand, ließ sich nichts mehr sagen,
rde reizbar, heftig und gewalttätig gegen Ange-
ige und fremde Leute, legte sich mit den Klei-
n ins Bett, steckte im Bett Papier an und litt
ɪnsichtlich an Sinnestäuschungen. Sie wurde
halb wegen Gemeingefährlichkeit am 30. April
5 in die Klinik H. aufgenommen. Hier war sie
fallend stumpf und gleichgültig, beschäftigte sich
ıt, sprach nicht von selbst, hörte Stimmen und
gte zu Selbstbeschädigungen. Nach leichter
sserung wurde sie auf dringenden Wunsch der
tter am 20. Juli 1915 gebessert aus der Klinik
lassen. Zu Hause war sie einen Tag in Stel-
g, lief am nächsten Tag wieder weg, suchte
ı eine neue Stellung und blieb da sechzehn Tage.
:h Angabe ihrer Dienstherrin machte sie aller-
verkehrte Sachen, aß mehrere Tage nichts mit
Begründung, man gebe ihr nichts, obwohl das
en vor ihr stand, holte sich das Essen aus der
rlichen Wohnung und wurde auch wieder gegen
Mutter gewalttätig. Als ihre Geisteskrankheit
Dienstherrschaft offenbar war, wurde sie aus
Stelle entlassen, und mußte wiederum Auf-
me in der Klinik H. finden. Sie war jetzt dau-
d zerfahren, läppisch, teilnahmslos, ohne Wün-
e und lebte ohne zu arbeiten in den Tag hinein.
1. Dezember 1915 wurde sie aus der Klinik
lie Anstalt W. übergeführt, wo sie seither dau-
d verpflegt wird. Sie ist vollständig verwirrt,
kennt ihre Umgebung, wird unter dem Einfluß
lreicher Sinnestäuschungen und Wahnvorstel-
gen öfters erregt und gewalttätig oder begeht
rlei verkehrte Handlungen. Mehrere Arbeits-
suche scheiterten jedesmal in kürzester Zeit.
stens liegt die Kranke stumpf und apathisch
Bett, zu einer geordneten Unterhaltung oder
igkeit gleich unfähig.

K. F. leidet an Schizophrenie. Die Geistes-
ıkheit begann in jungen Jahren und führte in
chem Verlauf zu einer gänzlichen Zerrüttung
r geistigen Fähigkeiten. Schon frühe fehlte
m Denken jede Zielvorstellung, die Assozia-
en erfolgten ohne Zusammenhang. Die Kranke
daher zerfahren und sprunghaft, das Denken
usammenhängend und unlogisch. Ebenso
ınghaft war ihr Handeln, das ohne erkennbaren
eck wechselte wie die Gedanken, die es in bun-
Folge beeinflußten und so auch ihm den Stempel
Zerfahrenen und Ziellosen aufdrückten. Zu-
ch damit ging ein Zerfall der gemütlichen Eigenschaften einher. Die Kranke wurde widerspenstig, verlor das Interesse an ihrer Umgebung und ihren Angehörigen, an Lektüre und Arbeit. Sie lebte dahin wie im Traum, abgeschlossen von aller Wirklichkeit. Die rasch entstandene geistige Schwäche endlich ließ sie nicht mehr Zweck und Wert der Arbeit erkennen.

Unter menschlicher Arbeit aber versteht man wohl jede Tätigkeit, welche mit einer einigermaßen dauernden Anstrengung sittlich vernünftige Zwecke verfolgt. Die Leistung der Arbeit erfordert also ein gewisses Maß körperlicher und geistiger Anstrengung. Die Fähigkeit aber, diese Anstrengung zu vollbringen, ist die Arbeitsfähigkeit. Sie hat zu ungehemmter Entfaltung als conditio sine qua non ein gebrauchstüchtiges Gehirn zur Voraussetzung; denn sie bedarf gewisser körperlicher und geistiger Anlagen, sowie der Fähigkeit, durch Erfahrungen und Belehrungen sich im Leben Kenntnisse und körperliche Fertigkeiten anzueignen, sie zu erhalten, zu vermehren und bei der Arbeit richtig zu verwerten. Diese Anlagen und Fähigkeiten sind also teils körperlicher, teils geistiger Natur. Je nach der Art der Arbeit überwiegt natürlich bald das Maß der notwendigen körperlichen bald das der geistigen Fähigkeiten. Jede Gruppe derselben kann durch Krankheit in ihrer Verwendungsmöglichkeit behindert werden. Die Folge wird dann verminderte Arbeitsfähigkeit sein. Wird aber die eine oder die andere Gruppe durch Erkrankung ganz vom Gebrauch ausgeschaltet, dann besteht naturgemäß völlige Arbeitsunfähigkeit. Bei der F. war aber, wie oben dargelegt, das Gehirn durch den krankhaften Prozeß derart in seiner Funktion gestört, daß die Gruppe der geistigen Fähigkeiten wenigstens zur vernünftigen Anwendung unfähig geworden war, d. h. die F. vermochte einen vernünftigen Zweck durch einigermaßen dauernde Anstrengung nicht mehr zu verfolgen. Sie war also als völlig arbeitsunfähig zu betrachten (vergl. H. Siefart, Der Begriff der Erwerbsfähigkeit auf dem Gebiet des Versicherungswesens). Ihre kurze Beschäftigung muß als „mißglückter Arbeitsversuch" betrachtet werden, der den neuen Erwerb der Kassenmitgliedschaft ausschloß. Auf den gleichen Standpunkt stellte sich auch das RVA., wenigstens bei der Unfallversicherung. Es sieht die in Heil- und Pflegeanstalten zu Heilungszwecken aufgenommenen und seitens der Anstalt sowie innerhalb ihrer räumlichen Gebiete mit gewerblichen oder landwirtschaftlichen Arbeiten lediglich des Heilungszweckes wegen beschäftigten geisteskranken und geistesschwachen Personen grundsätzlich nicht als im Betrieb beschäftigte und



damit versicherungspflichtige Personen im Sinne des UVG. an, weil es bei ihnen an der Absicht und dem rechtswirksamen Willen fehlt, in der Eigenschaft eines Arbeiters tätig zu sein. Dagegen ist die Versicherungspflicht bejaht worden bei Kranken außerhalb der Anstalt, wobei jedoch die Annahme der Versicherung von der Voraussetzung abhängig gemacht wurde, daß überhaupt von einer nennenswerten Beschäftigung der betreffenden Person gesprochen werden könne. Diese Voraussetzung wurde verneint bei einem Pflegling, welcher an einem nach überstandener Geisteskrankheit sich allmählich entwickelnden, ziemlich hochgradigen Schwachsinn litt, zur Arbeit so gut wie gar nicht zu gebrauchen war, da er jeden Auftrag sofort wieder vergaß und höchstens zu kleineren Handreichungen und zu gelegentlichen häuslichen Arbeiten fähig war (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1908 Jahrg. 14 S. 191). Auch nach einer Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts kann die Kassenmitgliedschaft nicht erworben werden, wenn der Gesundheitszustand eine wirkliche Arbeitsleistung unmöglich macht, wenn die Kranken also völlig erwerbsunfähig sind und deshalb von einem „Beschäftigtsein" überhaupt nicht mehr die Rede sein kann (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1906 Jahrg. 12 S. 152). Nach H a h n, Handbuch der Krankenversicherung (S. 178), „kann der Beginn einer versicherungspflichtigen Beschäftigung auch verneint werden wegen einer Krankheit, die an sich nicht arbeitsunfähig macht, aber der Betätigung an der besonderen Arbeitsstelle entgegensteht, so z. B. wenn Freisein von ansteckenden Krankheiten ausdrücklich bedungen oder nach den Umständen stillschweigend vorausgesetzt war, und der Arbeiter nach alsbaldiger Feststellung einer solchen Krankheit sofort entlassen wird." Im vorliegenden Falle wirkte wohl die Geisteskrankheit wie die „ansteckende Krankheit"; denn nach Aussage der Dienstherrschaft wäre die F. bei Kenntnis ihrer Krankheit nicht eingestellt worden; sie wurde auch in der Tat sofort nach erkannter Seelenstörung entlassen. Vielfach wird aber in dieser Gepflogenheit im öffentlichen Erwerbsleben zu weit gegangen und zu Unrecht ehemalige Geisteskranke von der Erwerbstätigkeit ausgeschlossen, die an und für sich ganz wohl erwerbsfähig wären. Daß dadurch unter Umständen für den Geisteskranken gerade der Schutz der sozialen Fürsorgegesetzgebung illusorisch gemacht werden kann insofern, als eine Kasse Ansprüche ablehnt, weil das Mitglied ja erwerbsfähig sei, ohne Rücksicht auf die Tatsache, daß es wegen seiner Geisteskrankheit aber nirgends eine Beschäftigung findet, liegt auf der Hand. Gerade auch aus diesem Grunde sozialer Fürsorge für entlassene Geisteskranke muß der versuchsweise Entlassene als arbeitsunfähig im Sinne der RVO. betrachtet werden. Hahn sagt in seinem Handbuch über diesen Ausschluß vom Arbeitsmarkt S. 219: „Sprachlich ist Arbeitsfähigkeit allerdings der engere Begriff gegenüber der Erwerbsfähigkeit, die auch die Verwertbarkeit der Arbeit zum Erwerb mit umfaßt (S i e f a r t). Wer arbeitsfähig ist, kann gleichwohl erwerbsunfähig sein, wenn sein mit der Krankheit zusammenhängender Zustand ihn an der Erlangung eines Erwerbs hindert. Wenn nun die RVO. als Voraussetzung des Anspruchs auf Krankengeld „Arbeitsunfähigkeit" statt Erwerbsunfähigkeit gesetzt hat, so ist gleichwohl nicht anzunehmen, daß hiermit die Möglichkeit, einen Erwerb zu erlangen, ganz außer Betracht bleiben soll. Das würde mit dem Zweck des Gesetzes nicht vereinbar sein. Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 Ziff. 2 muß vielmehr ähnlich wie auf anderen Versicherungsgebieten auch dann angenommen werden, wenn ein Versicherter, trotz vielleicht an sich unbeschränkter Leistungsfähigkeit, aus besonderen mit der Krankheit zusammenhängenden Gründen, z. B. wegen ihrer ansteckenden oder ekelerregenden Natur oder wegen ihrer Gefährlichkeit für den Betrieb oder die Mitarbeiter (Epilepsie, geistige Beeinträchtigung) eine geeignete Erwerbstätigkeit nicht erlangen kann." In gleichem Sinne hat sich über die bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit von Geisteskranken in Betracht zu ziehenden Gesichtspunkte das RVA. in einer Revisionsentscheidung vom 2. Mai 1901 in seinen „Amtlichen Nachrichten" von 1901 Nr. 17 ausgesprochen: „Bereits in der Revisionsentscheidung 250 („Amtl. Nachrichten" des RVA. 1893 S. 95) ist dargelegt worden, daß der Grundsatz der Nichtberücksichtigung der Arbeitsgelegenheit bei Prüfung der Erwerbsfähigkeit in denjenigen Fällen keine Anwendung finde, in denen es sich um zwar zur Arbeitsleistung als solcher befähigte, aber gleichwohl durch ein besonders geartetes Leiden vom Arbeitsmarkt ausgeschlossene Personen handle. Was dort bezüglich eines körperlichen Krankheitszustandes erörtert worden ist, paßt in vielen Beziehungen auch auf den hier gegebenen Fall geistiger Gestörtheit, und zwar unbeschadet der inzwischen in der Revisionsentscheidung 670 („Amtl. Nachrichten" des RVA. 1898 S. 390) hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit von Fallsüchtigen angenommenen Grundsätzen. Während der Fallsüchtige durch plötzliche Ausbrüche seines Leidens regelmäßig nur sich selbst gefährdet, ferner in den anfallfreien Zeiten durchaus zur Arbeit verwendbar



sein kann, auch seine Krankheit mehr Mitgefühl ıls Widerwillen zu erwecken pflegt, befindet sich ler Geisteskranke in allen diesen Beziehungen in ıngünstigerer Lage. Es ist in der Natur der Sache ›egründet und wird durch die tägliche Erfahrung ›estätigt, daß im allgemeinen jedermann den Ver- ‹ehr mit einer nicht geistig gesunden Person verneidet, nicht nur wegen der Besorgnis, der Kranke ‹önne infolge eines plötzlichen Anfalls seiner Um- ;ebung gefährlich werden oder sonst durch sinnoses Handeln Schaden anrichten, sondern vor ıllem auch wegen des Gefühls der Scheu und Ab- ıeigung, das durch den Zustand eines unter ver- ıunftwidrigen und mehr oder weniger unerklär- ichen inneren Einflüssen stehenden Menschen not- vendig hervorgerufen wird. Selbstverständlich verden sich diese Rücksichten je nach der Art ınd dem Grade der geistigen Erkrankung in den :inzelnen Fällen mit verschiedener Stärke geltend nachen. Immerhin aber bedarf es, soweit nach .age der Sache Geisteskrankheit als Erwerbsun- ähigkeitsursache in Frage kommt, stets auch einer Erwägung des erörterten Gesichtspunktes."

Wenn die Stadtgemeinde M. sich auf den Standpunkt stellt, die F. sei gebessert entlassen vorden, das ärztliche Gutachten der Klinik H. sei iber durch die Tatsache der sechzehntägigen Ar- ɔeit der F. widerlegt, so ist unseres Erachtens ein- nal der Begriff „Arbeit" über eine gewisse letzte Grenze hinaus überdehnt. Und dann ist der Aus- lruck gebessert irrtümlich verstanden. Er verlei- et dazu, auch hier den Begriff Besserung aufzu- assen im Sinne der Besserung bei einer körper- ichen Erkrankung, wo Besserung vielfach Still- tand des pathologischen Prozesses und dessen Rückbildung zur vollen Gesundheit bedeutet. Von :iner Besserung in diesem Sinne kann hier nicht lie Rede sein. Es trat auch in der Tat kein Still- tand des zerstörenden Prozesses ein; die Kranke ɔlieb auch während der Entlassung krank. Die in len Hintergrund getretenen Symptome zeigten sich ıufs neue, machten die Wiederaufnahme notwendig ınd führten zur dauernden Internierung. Das ärzt- iche Zeugnis der Klinik H. ist vielmehr so zu ver- tehen, daß gewisse Symptome vorübergehend twas mehr in den Hintergrund getreten sind, so laß die Kranke unter genügender häuslicher Auf- icht unter Umständen einige Zeit draußen leben ‹onnte, keineswegs aber, daß nunmehr auch die rüher bestandene Leistungsfähigkeit vollständig viederhergestellt sei und daß die Kranke wieder elbständig arbeiten konnte.

Der Entlassungsversuch war vielmehr auch ohne ausdrückliche Hervorhebung aufzufassen als eine Schonzeit für die Kranke. Diese Schonzeit aber fällt auch nach richterlicher Entscheidung unter den Begriff der Arbeitsunfähigkeit. So entschied der Gr. Verwaltungsgerichtshof Karlsruhe am 5. Juli 1910, daß der Fall einer vierzehntägigen Schonungsbedürftigkeit nicht als Schonung bei der Arbeit, sondern als Enthaltung von der Arbeit zu verstehen sei. Sei auch ein Arbeiter bei der Entlassung aus der Anstalt arbeitsfähig in dem Sinne, daß ihm seine physischen Kräfte die Wiederaufnahme der Arbeit ermöglicht hätten, so war der Heilungsprozeß aber doch nicht soweit abgeschlossen, daß von einem Beharrungszustand gesprochen werden konnte, der einen sofortigen Rückfall ausschloß. Die Zeit der Schonungsbedürftigkeit falle noch unter den Begriff der mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit. Für ihre Dauer sei Krankenunterstützung zu gewähren (Ztschr. f. bad. Verwaltung und Verwaltungsrechtspflege 1910 Jahrg. 42 S. 249). Gegen diese Auffassung der Arbeitsunfähigkeit spricht auch nicht die Tatsache, daß die F. sechzehn Tage lang einfache Dienstbotenarbeit verrichten konnte. Es ist vielmehr einem Zusammentreffen günstiger Umstände zu verdanken, daß die F. sechzehn Tage im Hause ihres Dienstherrn geduldet wurde, als etwa ihrer Arbeitsfähigkeit. Einmal wurde sie ja nur in Unkenntnis ihrer Geisteskrankheit eingestellt, dann richteten sich auch die Verkehrtheiten der Kranken mehr gegen sich und ihre Anverwandten als gegen ihre Herrschaft. Sie hätte gerade so gut schon am ersten Tage ihre Gewaltakte gegen Eigentum, Gesundheit und Leben ihrer Dienstherrschaft richten können; dann wäre die Arbeitsunfähigkeit auch schon am ersten Tage offenbar gewesen. Die F. ließ sich eben nur von Motiven leiten, die als Ausfluß ihrer Seelenstörung anzusehen waren; sie diktierten ihr, was sie tun und was sie lassen sollte. Sie selbst war nicht mehr in der Lage, krankhafte Vorgänge darin zu erkennen, aus eigenem Urteil zu entscheiden, was Recht und Unrecht, was schädlich oder nützlich war, und aus eigener Willenskraft den Antrieben zu widerstehen. Sie befand sich mit anderen Worten in einem „die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit", der seiner Natur nach nicht vorübergehend war. Sie war also einmal geschäftsunfähig im Sinne des § 104 BGB. und als solche überhaupt nicht fähig, einen Dienstvertrag einzugehen. Sie war aber ferner auch aus dem gleichen Grunde nach § 827 BGB. für den Schaden, den sie unter Umständen angerichtet hätte, nicht verantwortlich zu machen und endlich wäre ihr auch noch der Schutz des § 51 des RStGB. zuzu-



billigen gewesen. Derartige Kranke aber müssen doch ohne jeden Zweifel für den allgemeinen Arbeitsmarkt als völlig arbeitsunfähig betrachtet werden.

Das Oberversicherungsamt M. hat die Berufung der Ortskrankenkasse der häuslichen Dienstboten in M. gegen die Vorentscheidung des Versicherungsamts M. als unbegründet zurückgewiesen unter folgender Begründung:

„In erster Linie kommt in Betracht, daß nach der herrschenden Ansicht in Theorie und Praxis die Versicherung mit dem Antritt zur Arbeit auch dann beginnt, wenn der Arbeiter bei Übernahme der Beschäftigung bereits krank ist und die Arbeit wegen Gefahr der Verschlimmerung wieder einstellen muß, daß jedoch die Versicherung dann, und nur dann nicht eintritt, wenn der Arbeiter bei Übernahme der Arbeit bereits so krank ist, daß es bei einem bloßen Versuch zu arbeiten bleibt, wirkliche Arbeit aber nicht mehr geleistet werden kann; es ist ferner zu berücksichtigen, daß diese Auffassung nach der gleichfalls herrschenden Praxis ohne Unterschied gilt, ob es sich um körperliche oder geistige Krankheit handelt. Einen Grundsatz, wonach ernstlich geleistete, an sich versicherungspflichtige Arbeit deshalb die Versicherungspflicht und die Kassenzugehörigkeit nicht begründet, weil der Arbeiter nicht im Besitz normaler Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist, kennt weder das frühere Krankenversicherungsgesetz noch die RVO. Ein solcher Grundsatz würde auch die Durchführung der Krankenversicherung auf das schwerste gefährden und zu fortdauernden Streitigkeiten und Prozessen Veranlassung geben, da zahlreiche, an ernsten chronischen Krankheiten leidende Menschen (z. B. Schwindsüchtige, Lungenkranke, Epileptiker) in versicherungspflichtiger Beschäftigung stehen und auf sie als ihre einzige Erwerbsquelle angewiesen sind." Auch das Landesversicherungsamt hat die Revision der Krankenkasse gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts als unbegründet verworfen.

Zu diesem Urteil des Oberversicherungsamts M. möchte ich mir folgende Bemerkungen gestatten:

Der rechtlich begründeten Ausnahmestellung der Geisteskranken in der Straf- und Zivilrechtspflege wird bis jetzt in der RVO. keine Rechnung getragen. Die Gleichstellung der chronisch Geisteskranken mit den chronisch körperlich Erkrankten ist insofern nicht unbedenklich, als die Arbeitsfähigkeit der körperlich Erkrankten menschlich berechenbar bleibt, während die Arbeitsfähigkeit der Geisteskranken von Umständen abhängig ist (z. B. imperative Gewalt der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen), die eine Beurteilung der Dauer und Art der Arbeitsfähigkeit von vornherein unsicher, wenn nicht gar unmöglich machen. De lege lata ist das Urteil selbstverständlich begründet; de lege ferenda aber wird vom Gesetzgeber zu prüfen sein, ob nicht wie in der Straf- und Zivilrechtspflege so auch in der RVO. der Geisteskranke anders bewertet werden muß als der körperlich Erkrankte. Wie der Schutz des § 51 RStGB. nicht ohne weiteres jedem Geisteskranken zugebilligt werden kann, sondern von Fall zu Fall einer besonderen Beweisführung unterliegt, könnte auch in der RVO. eine ähnliche Anordnung zu treffen sein.

Ich fasse meine Ansicht dahin zusammen: Der versuchsweise entlassene Geisteskranke wird im allgemeinen sowohl aus Gründen der Fürsorge für ihn selbst als auch im Interesse der öffentlichen Sicherheit als arbeitsunfähig im Sinne der RVO. gelten müssen. Im Zweifelfall wird zu prüfen sein:

1. ob er imstande ist, Zweck und Wert der Arbeit richtig zu erkennen,

2. ob er die Fähigkeit hat, in einer einigermaßen dauernden Anstrengung brauchbare Arbeit zu leisten,

3. ob der Wille zur Arbeit überhaupt rechtskräftig, d. h. ob er nicht krankhaften Motiven entsprungen ist,

4. ob die Arbeitsleistung nicht die Kräfte des Kranken übersteigt und seine Wiedererkrankung dadurch beschleunigt,

5. ob nicht durch die Beschäftigung des Kranken der Arbeitsbetrieb, d. h. Mitarbeiter und Arbeitsmaterial, sowie die öffentliche Sicherheit gefährdet werden.

Eine für die Besitzer von Privatanstalten wichtige richterliche Entscheidung.

Von Dr. **Jacobi**, Abteilungsarzt an der Provinzialheilanstalt Münster.

Im folgenden möchte ich eine gerichtliche Entscheidung mitteilen, die für Sanatoriumsleiter von großem praktischen Interesse ist. In der Literatur konnte ich keine Angaben darüber finden, so



daß ich annehme, daß es in ähnlichen Fällen zum gerichtlichen Austrag nicht gekommen ist.

Es handelt sich um die Frage, ob dem Arzt bzw. dem Sanatoriumsbesitzer für den Schaden, den ein in seinem Sanatorium untergebrachter Geisteskranker durch Zerstörung von Gegenständen anrichtet, eine Entschädigung zusteht.

Der Tatbestand war folgender:

Der Kaufmann B. hatte im Sommer 1917 seine geisteskranke Ehefrau im Privatsanatorium des Sanitätsrats Dr. L. untergebracht. Während ihres Dortseins hatte die Kranke einen Stuhl zerschlagen und etwa fünf Betten (Bettücher und Bettbezüge) zerrissen. B. verweigerte die Zahlung. Er bestritt, daß er sich vertraglich zur Schadenhaftung verpflichtet habe, um so weniger, als der von Dr. L. verlangte Pensionspreis mit Rücksicht auf die Möglichkeit derartiger Beschädigungen besonders hoch bemessen sei und behauptet endlich auch ein eigenes Verschulden des Klägers, das er in ungenügender Beaufsichtigung der Patientin erblickte. Dr. L. klagte hierauf gegen B. auf Zahlung der Kosten. Das Amtsgericht M. forderte von zwei Psychiatern ein Gutachten in dieser Frage an. Sie seien im Auszug wiedergegeben.

Gutachten des Prof. Dr. T.:

„Es ist nach den von mir eingezogenen Erkundigungen im allgemeinen in Privatanstalten üblich, daß für den von geisteskranken Pfleglingen an den Anstaltseinrichtungen angerichteten Schäden eine Entschädigung neben dem vereinbarten Pensionspreise dann gefordert wird, wenn es sich um größere Schädigungen, z. B. jetzt um Vernichtung von Wäsche und Waschgeschirren handelt. Mehrere Privatanstalten haben in ihre Aufnahmebedingungen einen entsprechenden Vermerk aufgenommen.

Die Frage, ob es als ein eigenes Verschulden des Anstaltsleiters anzusehen ist, wenn ein geisteskranker Pflegling, der eine eigene Pflegerin für seine Person zwar nicht hat, aber einen festen Beitrag für die allgemeinen Nachtwachen zahlt und daher von diesen in der nötigen Weise beaufsichtigt werden muß, einen Stuhl zerschlägt und Bettzeug zerreißt, ist folgendermaßen zu beantworten: Im allgemeinen kann ein Irrenarzt und Leiter einer Privatanstalt, der die nötigen Vorsichtsmaßregeln gebraucht, schwerlich für solche Ereignisse verantwortlich gemacht werden. Eine schuldhafte Fahrlässigkeit würde nur dann vorliegen, wenn das Personal von dem Anstaltsleiter nicht entsprechend unterwiesen, auf seine Zuverlässigkeit kontrolliert und etwaige, dem Arzt vom Kranken etwa gemachte Äußerungen über beabsichtigte Zerstörungen außer acht gelassen worden wären. Den Nachweis einer derartigen Unterlassung wird man aber gegenüber dem Besitzer oder Arzt einer gut und zuverlässig geleiteten Anstalt, wenn nicht bestimmte Anhaltspunkte vorliegen, kaum erbringen können. Als besonders wichtig ist die Tatsache anzusehen, daß sich mit absoluter Sicherheit derartige Zerstörungen bei der bekannten Impulsivität der Geisteskranken niemals vermeiden lassen.

Ein eigenes Verschulden des Anstaltsleiters dürfte im vorliegenden Falle kaum nachzuweisen sein."

Gutachten des Sanitätsrats Dr. K.:

„In den öffentlichen Anstalten wird eine Entschädigung für den von geisteskranken Pfleglingen an Anstaltseinrichtungen angerichteten Schaden nicht verlangt, während dies bei den Privatanstalten, soweit mir bekannt, in der Regel der Fall ist.

Der Beklagte begründet seine Weigerung, den Schaden, den seine geisteskranke Ehefrau während ihres Aufenthalts in dem Sanatorium des Dr. L. angerichtet hat, zu ersetzen, damit, daß er geltend macht, er habe für die Stellung von Nachtwachen einen entsprechenden Geldanteil zahlen müssen. Aus der anteiligen Beitragsleistung darf mithin wohl gefolgert werden, daß der Nachtwache gleichzeitig die Beaufsichtigung und Wartung mehrerer Kranken oblag. In diesem Falle war es sehr wohl möglich, daß die Kranke trotz der vorhandenen Nachtwache Gelegenheit fand, Wäschegegenstände zu zerreißen, z. B. in der Zeit, in der die wachhabende Pflegerin sich mit einer anderen Kranken beschäftigen mußte. Daß es auch trotz sorgfältiger Überwachung nicht immer zu vermeiden ist, daß erregte und unruhige Kranke unter solchen Umständen hinreichend Zeit und Gelegenheit finden zu derartigen Schaden verursachenden Handlungen oder auch selbst zu Tätlichkeiten gegen ihre Umgebung, muß jeder Facharzt, der die Schwierigkeiten der Behandlung derartiger Kranken kennt, zugeben, ein Verschulden seitens des Pflegepersonals wird man nicht ohne weiteres annehmen können. Anders würde der Fall liegen, wenn die Kranke, Frau B., für ihre Person eine besondere Pflegerin zu ihrer Wartung für die Nacht gehabt hätte; mit Recht würde alsdann das wiederholte Vorkommen des Zerreißens von Wäsche oder des Beschädigens von Zimmereinrichtungsgegenständen auf mangelhafte Achtsamkeit der Pflegerin zurückzuführen sein.

Die Einrichtung von Nachtwachen hat den Zweck, die für die Nachtzeit getroffenen ärztlichen Anordnungen in sachgemäßer Weise zur Durchführung zu bringen, den Kranken auch zur Nacht-



zeit die erforderliche Pflege und Wartung angedeihen zu lassen, sie vor Unglücksfällen und Beschädigungen, sei es durch sich selbst oder durch andere, zu behüten und Ruhe und Ordnung auf der Krankenabteilung aufrecht zu erhalten. Sie stellt demnach einen wesentlichen Bestandteil der ärztlichen Behandlungsmaßnahmen dar zur Erreichung eines möglichst vollkommenen Heileffekts. Wenn nun der behandelnde Arzt zur Erreichung dieses Zieles sein eigenes Betriebsmaterial hergibt und dieses dabei ganz oder zum Teil zugrunde geht, so dürfte er für den ihm daraus entstandenen Schaden Ersatz beanspruchen können, solange nicht festgestellt ist, daß derselbe infolge unzweckmäßiger Betriebseinrichtungen oder verkehrter ärztlicher Anordnungen oder Nichtbeachtung getroffener Anordnungen seitens des dem Arzte verantwortlichen Pflegepersonals verursacht worden ist."

Das Amtsgericht kam auf Grund dieser Gutachten zu folgender Entscheidung:

„Die klägerischen Rechte bestimmen sich ausschließlich nach dem zwischen den Parteien bestehenden Vertragsverhältnisse; eine deliktische Haftung des Beklagten kommt nicht in Frage. Nach dem Vortrage des Klägers ist eine ausdrückliche Vereinbarung, wonach der Beklagte sich verpflichtet hätte, etwaigen Sachschaden, den seine Ehefrau anrichten konnte, zu ersetzen, nicht getroffen. Die in dem Prospekte des Klägers enthaltene Bestimmung: „Beschädigungen am Inventar, die durch Verschulden der Patienten entstehen, sind zu ersetzen", ist für den Beklagten nicht ohne weiteres verpflichtend; Vertragskraft würde sie erst durch die Einverständniserklärung des Beklagten erlangt haben. Daß eine solche Erklärung ausdrücklich oder etwa durch stillschweigende Anerkennung der dem Beklagten bekanntgegebenen Bedingung erfolgt sei, hat der Kläger nicht behauptet. Der Mangel der Erklärung hindert aber nicht, daß der Vertragsgegner sich dennoch verpflichtet. Wo die Erklärung fehlt, hat die Auslegung erklärend einzusetzen, sofern nicht das Gesetz die strittige Frage ohne weiteres regelt. Eine solche Regelung hat der Gesetzgeber für Rechtsverhältnisse der hier streitigen Art nicht gegeben. Es handelt sich hier um ein Vertragsverhältnis eigener Art, das, wenn es auch einen Teil des Gesamtvertrages, der in der Hauptsache als Dienstvertrag sich darstellt, bildet, dennoch nicht den Normen über den Dienstvertrag schlechthin unterstellt werden kann. Bestimmend für die Auslegung des Vertrages und die Feststellung der dem Beklagenden obliegenden Pflichten ist daher die für alle Schuldverhältnisse im § 242 BGB. gegebene Grundregel, wonach der Schuldner verpflichtet ist, die Leistung so zu bewirken, wie Treue und Glaube mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern. § 242 BGB. beschränkt sich nicht etwa nur auf die Art der Erfüllung, sondern dient auch überall da, wo der Leistungsumfang noch nicht anderweit festbestimmt ist, einer ergänzenden Feststellung des Schuldinhalts. Ein anerkannter Satz der Verkehrssitte ist nun, daß, wer von einem Gewerbetreibenden eine in dieses Gewerbe einschlagende Leistung fordert, damit auch die kundenübliche Gegenverpflichtungen übernimmt. Dieser Satz gilt sinngemäß auch für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Dadurch, daß der Beklagte seine Ehefrau in der Anstalt des Klägers unterbrachte, ohne über eine etwaige Schadenshaftung etwas auszubedingen, unterwarf er sich daher ohne weiteres den in solchen Anstalten üblichen Bestimmungen über die Ersatzpflicht für den Schaden, den die Patientin etwa anrichtete. Nach den Gutachten des Professors Dr. T. und des Sanitätsrat Dr. K. kann es nun nicht zweifelhaft sein, daß in Anstalten der hier fraglichen Art es allgemein üblich ist, daß Beschädigungen des Anstaltsinventar durch Kranke ersetzt werden müssen, wobei als Ersatzpflichtiger der Vertragsgegner, also derjenige, der den Kranken in der Anstalt unterbring[t], anzusehen ist. Die Gutachten der vernommenen Sachverständigen gründen sich allerdings nicht so sehr auf eigene Kenntnis der einschlägigen Gepflogenheiten als vielmehr auf Erkundigungen, die erst zum Zwecke der Erstattung des Gutachten eingezogen sind. Das Gericht hat aber kein Bedenken getragen, die beiden Gutachten zusammengenommen und ergänzt und bestätigt durch den vorgelegten Prospekt der klägerischen Anstalt als genügenden Nachweis dafür anzusehen, daß tatsächlich die Forderung der Schadenshaftung [in] privaten Heilanstalten im allgemeinen üblich ist.

Die Einwendung des Beklagten, daß die Pensionspreise des Klägers so hoch bemessen seie[n], daß der etwa angerichtete Schaden damit ohne weiteres beglichen sei, wird durch das Gutachten des Professors Dr. T. widerlegt, der bekundet hat, daß der vom Kläger geforderte Pensionspreis als solcher, also als Entgelt für Unterbringung, Verpflegung und ärztliche Dienste durchaus angemessen sei.

Auch den Einwand des Beklagten, daß die Kläger eigenes Verschulden deswegen treffe, weil er die Patientin nicht in gehöriger Weise habe beaufsichtigen lassen, widerlegen die Gutachten der vernommenen Sachverständigen Professor Dr.



ınd Sanitätsrat Dr. K. Beide heben hervor, daß lie üblichen Nachtwachen trotz sorgfältigster Aufnerksamkeit nicht verhindern können, daß erregte ınd unruhige Kranke gelegentlich Schaden anrichen, es sei denn, daß der Patient vereinbarungsgemäß einen eigenen Pfleger nur für seine Person ıat. Das war aber bei der Ehefrau des Beklagten ıicht der Fall. Nach alledem haftet der Beklagte ür den von seiner Ehefrau angerichteten Schaden.

Wie die Zeugin E. L. glaubwürdig bekundet, hat die Ehefrau des Beklagten im ganzen etwa fünf Betten (Bettücher und Bettbezüge) zerrissen. Das Gericht ist auf Grund dieser Zeugenaussage in Verbindung mit der klägerischen Rechnungsführung zu der Überzeugung gelangt, daß die Angaben der Klagerechnung, wonach drei Bettbezüge, drei Bettücher und fünf Kissenbezüge zerrissen worden sind, den Tatsachen entsprechen.

Der Beklagte war daher zur Zahlung dieser Summe zu verurteilen."

Karl Bindings „letzte Tat für die leidende Menschheit."

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler**, Kreuzburg, Oberschl.

Von diesem Wort wird die folgende Schrift in den Leserkreis begleitet und eingeführt:

Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und hre Form. Von Prof. Dr. jur. et phil. Karl Binding und Dr. med Alfred Hoche. 62 S. Leipzig 1920, Verlag Felix Meiner. Kart. 3,00 M ınd 100 v. H. Teuerungszuschlag des Verlags.

Hierzu seien einige Bemerkungen gestattet:

Binding meint (S. 31): „Sie (er spricht von len „unheilbar Blödsinnigen — einerlei ob sie geboren oder etwa wie die Paralytiker im letzten Stadium ihres Leidens so geworden sind") haben weder den Willen zu leben, noch zu sterben. So gibt es ihrerseits keine beachtliche Einwilligung in lie Tötung, andererseits stößt diese auf keinen Lebenswillen, der gebrochen werden müßte. Ihr Leben ist absolut zwecklos, aber sie empfinden es nicht als unerträglich. Für ihre Angehörigen wie ür die Gesellschaft bilden sie eine furchtbar chwere Belastung. Ihr Tod reißt nicht die geingste Lücke — außer vielleicht im Gefühl der Mutter oder der treuen Pflegerin. Da sie großer Pflege bedürfen, geben sie Anlaß, daß ein Menchenberuf entsteht, der darin aufgeht, absolut ebensunwertes Leben für Jahre und Jahrzehnte zu fristen."

Der Wille zu leben oder zu sterben kommt ür das Problem gar nicht in Betracht. Diese Menchen sind rechtsfähig (§ 1 BGB.) und nehmen – als geschäftsunfähig durch ihren gesetzlichen Vertreter — an allen Rechten und Pflichten, die n Bürgerlichen Gesetzbuch gegeben sind, teil. Die Rechtsfähigkeit und damit das Recht auf das Leben kann auch der Vormund nicht nehmen; er at vielmehr für das Leben des Mündels zu sorgen. Er erhebt für sie den „subjektiven" Anspruch aufs Leben. Übrigens gibts wohl auch einen „objektiven".

Ob das Leben jemandes absolut zwecklos ist, darauf kommt es ebenfalls nicht an. Wie so vieler Menschen Leben ist absolut zwecklos!

Die finanzielle Belastung für die Gesellschaft ist keine „furchtbar schwere", für die Angehörigen, selbst wenn sie unbemittelt, auch nicht, da eben dann die öffentliche Fürsorge eintritt. Die Gesellschaft wird durch zahlreiche andere Dinge und in so wirklich furchtbar schwerer Weise belastet, daß jene Belastung mit solchen unheilbar Blödsinnigen, deren Tötung in Frage käme, dagegen geradezu verschwindet. Denn Fälle von im späteren Lebensalter erworbenem Blödsinn, Endstadien von Paralyse, Altersblödsinn, Blödsinn durch Hirnaderverkalkung, kommen selbstverständlich überhaupt nicht in Frage. Deren natürliches Ableben können wir in Geduld wie bisher erwarten. Darin irrt Binding in ganz unverständlicher Weise. Hoche ist ja auch darin nicht seiner Meinung (S. 52, 53).

Dagegen erführen Rechtsleben und natürliches Empfinden durch ein Gesetz, das Tötung solcher Menschen möglich macht, eine furchtbar schwere Belastung, die Gefühlswerte eine recht bedenkliche Schädigung. Bis heute sind sich die Juristen noch nicht einmal darüber einig, ob sie Mörder töten sollen oder nicht.

Viel näher läge es für die Juristen und eine dankbarere Aufgabe wäre es für sie, wenn sie eine festere Rechtsgrundlage und sicherere Rechtsmittel für die Vorbeugung gegen solche Krankheiten schaffen würden, durch welche zum großen Teil jene unheilbar Blödsinnigen entstehen. Aber auf



diesem Gebiet siegt „das Recht des Individuums" und nicht wenig unter ihrer Mithilfe.

Es entsteht durch solche Menschen nicht ein „Menschenberuf", „der darin aufgeht, absolut lebensunwertes Leben für Jahre und Jahrzehnte zu fristen". Solche Geschöpfe und Kranke werden doch mit und unter anderen Menschen gepflegt und behandelt. Ihre Zahl verschwindet in der Gesamtheit der Schwachsinnigen und Kranken.

Der Tendenz der Schrift kann ich nicht zustimmen und ich glaube mich darin eins mit den Fachkollegen.

Hoche ist übrigens in seiner, wie er es selbst nennt, „theoretischen Erörterung der Möglichkeiten und Bedingungen" (S. 56) wesentlich bedachter, gründlicher und zurückhaltender als Binding.

Binding spricht von dem „grellen Mißklang zwischen der Opferung des teuersten Gutes der Menschheit im größten Maßstabe auf der einen und der größten Pflege nicht nur absolut wertloser, sondern negativ zu wertender Existenzen auf der anderen Seite" (S. 27). Er meint, die Tötung von Millionen Gesunder im Krieg einerseits, die Pflege von Idioten in Idioteninstituten andererseits. Ein ganz unangebrachter Vergleich, den überdies die Gefallenen selbst ablehnen würden.

Buchbesprechungen.

— Prausnitz, Prof. Dr. W., Graz: Grundzüge der Hygiene. Unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reichs und Österreichs. Für Studierende an Universitäten und Technischen Hochschulen, Ärzte, Architekten, Ingenieure und Verwaltungsbeamte. Elfte verbesserte und vermehrte Auflage. 761 S. Mit 284 Abbildungen. München 1920, J. F. Lehmanns Verlag. Geh. 20,00 M, geb. 26,00 M.

Während des Krieges und seit seinem Ende hat sich das Gebiet der Hygiene erheblich erweitert, die Gesetzgebung auf demselben teilweise geändert, die Organisation vervollkommnet. Besonders die Lehre von den Seuchen hat manches Neue gebracht und in der sozialen Hygiene ist mancher Fortschritt gemacht worden. Dies Alles ist naturgemäß in der neuen Auflage, die sehr zu rechter Zeit erschienen, berücksichtigt. Die Stoffeinteilung ist die durch die Natur des Stoffes gegebene, übliche. Den Infektionskrankheiten ist, wie sich versteht, der verhältnismäßig größte Raum gewidmet (Mikroorganismen S. 21 bis 67, Infektionskrankheiten S. 512 bis 686), auch Ernährung ist voll berücksichtigt (S. 413 bis 512). Die Untersuchungsmethoden sind gut und eingehend geschildert. Die Abbildungen sind recht instruktiv. Das Buch wird sicher auch in seiner neuen Auflage weite Verbreitung finden. B.

— Kurzes Repetitorium der Hygiene. Als Vademecum für Studierende an Universitäten und technischen Hochschulen, Ärzte, Architekten, Ingenieure, Medizinal- und Verwaltungsbeamte unter Benützung der einschlägigen Literatur nach Cramer, Esmarch, Flügge, Gärtner, Gruber, Heim, Hüppe, Koch, Munk-Uffelmann, Pettenkofer, Prausnitz, Rubner u. a. bearbeitet von Dr. Julius Mahler. Zwei Teile. IV. neubearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig, Verlag von Joh. Ambr. Barth. I. Teil 1919, 112 S., 3,00 M, geb. 5,75 M und Sortimenterzuschlag. II. Teil 1920, 117 S., 6,60 M, geb. 7,40 M, hierzu 20 v. H. Verlegerteuerungszuschlag sowie Sortimenterzuschlag.

Der erste Teil behandelt: Luft, Klima, Boden, Wasser, Ernährung, Nahrungsmittel, Genuß- und Reizmittel, Kleidung, Hautpflege (Bäder). Der zweite: Wohnung, Anlage von Städten und Ortschaften, Heizung, Ventilation, Beleuchtung, Abfallstoffe, Leichenwesen, Schulhygiene, Gewerbehygiene, Hygiene der geistigen Arbeit, Ätiologie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten. (Hinsichtlich der Mikroorganismen wird auf das im gleichen Verlage erschienene Repetitorium der Bakteriologie verwiesen.)

Das Repetitorium der Hygiene von Mahler enthält trotz seiner Kürze wohl alles, was fester Besitz unseres Wissens auf diesem Gebiete ist, und bringt dies auch in einer einfachen, leicht faßlichen und übersichtlichen Darstellung. Es kann daher allen Interessenten bestens empfohlen werden. Daß eine vierte Auflage notwendig geworden ist, beweist bereits seine Brauchbarkeit. B.

— Kisch, Dr. F.: Menschenzucht. Ein Merkbuch für die Reifen beiderlei Geschlechts. Bonn 1920. A. Marcus & E. Webers Verlag. Preis kart. mit Teuerungszuschlag M 8,40.

K. (Arzt) weist auf die hohe Verantwortung, der sich jeder Zeugende seinen Nachkommen gegenüber bewußt sein soll. Nicht tändelnde Neigung, nicht selbstisches Genießenwollen aufflammender Regungen, nicht errechneter Eigenvorteil darf über das Entstehen des Nachwuchses entscheiden. Kraftvolle Besonnenheit vielmehr und wägendes Urteil muß eine Brücke von der körperlichen und seelischen Liebe zu dem notwendigen Pflichtgefühl schlagen, welches die Erzeuger im Hinblick auf das kommende Geschlecht erfüllen soll. In großen Zügen werden die Wege gewiesen, die zur Aufzüchtung eines hochstehenden Geschlechtes führen: gesunden und kräftigen Menschen.

— Lewin, Dr. med. et phil. James: Repetitorium der Psychiatrie. Ein klinischer Leitfaden für Studierende und Ärzte. Dritte umgearbeitete Auflage. 179 S. Breitensteins Repetitorien Nr. 15. Leipzig, Verlag von J. A. Barth. 4,80 M, geb. 7,20 M.

S. 1 bis 80 umfaßt Allgemeine Psychiatrie. Bei den einzelnen Kapiteln sind verschiedentlich normalpsych-



ogische Einleitungen vorangeschickt. S. 81 bis 176 spezielle Psychiatrie, S. 177 bis 179 Prophylaxe. Somatische Behandlung. Psychische Behandlung.

Für ein Repetitorium ist es sehr viel, was darin geoten wird; die Bearbeitung hält sich an gangbare .ehren und Auffassungen und die Darstellung läßt nichts u wünschen übrig.

Das Repetitorium kann weiterhin bestens empfohlen verden. B.

— Birk, Dr. Walter, Professor der Kinderheilkunde n der Universität Tübingen: Leitfaden der Kinderheilunde für Studierende und Ärzte. I. Teil: Säuglingsrankheiten. Vierte verbesserte Auflage. 7. bis 9. Tauend. 269 S. Mit 25 Abbildungen im Text. Bonn 1920, . Marcus & E. Webers Verlag. Brosch 15,00 M, geb. 8,60 M.

Die erste Auflage erschien Anfang 1914. Vier Aufigen in sechs Jahren ist an sich ein Beweis, daß das uch die Eigenschaften eines Leitfadens in ganz besonerem Maße besitzt und seiner Bestimmung in hervoragender Weise gerecht wird.

An dieser Stelle interessiert besonders die neurologiche Seite und wir finden das Neurologische ausreihend berücksichtigt. Der neuropathischen Diathese ist n großer Raum gewidmet. Verf. behandelt dabei: 1. ie Neuropathie im engeren Sinne, 2. die Spasmophilie, 3 den Pylorusspasmus oder das habituelle Erbrechen. Unter spasmophiler Diathese der Säuglinge verstehen die Kinderärzte eine krankhafte Anlage, die durch meßbare mechanische und elektrische Übererregbarkeit des Nervensystems erkennbar ist und eine krankhafte Neigung zu gewissen allgemeinen und örtlichen Krämpfen und Zuckungen schafft. Sie kommt sehr häufig mit Rachitis zusammen vor. Als „sonstige dem Säuglingsalter eigentümliche Störungen des Zentralnervensystems" werden behandelt: Epilepsie, Hydrozephalus, Idiotie, Littlesche Krankheit, Myxödem und Mongolismus.

Wir Anstaltsärzte kommen bei der Behandlung von Kindern Angestellter oft in die Lage, Kinderpraxis auszuüben, und als Orientierungsmittel dabei sei dieser Leitfaden bestens empfohlen, der nach Umfang und Reichhaltigkeit wohl eher als Lehrbuch gelten kann.

— Gruber, G. B.: Der Alkoholismus. Zweite verbesserte Auflage. 120 S. Heft 103 der Sammlung: Aus Natur und Geisteswelt. Leizpig und Berlin 1920, B. G. Teubner. Kart. 2,00 M, geb. 2,65 M.

Es ist höchst erfreulich, daß dieses nützliche Buch in neuer Auflage erschienen ist; hoffentlich findet es durch weitere solche immer größere Verbreitung. Es behandelt den Alkoholismus in seinem ganzen Umfang: Geschichte, Chemie, Physiologie, Pathologie, Soziales, Bekämpfung.





— Ribbert, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hugo, ordentlicher Professor der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie und Direktor des Pathologischen Institutes der Universität Bonn: Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und Pathologischen Anatomie. Siebente umgearbeitete und ergänzte Auflage. 801 S. Mit 860 Figuren. Leipzig 1920, Verlag von F. C. Vogel. Geb. 56 M.

Es ist ein freudiges Ereignis, daß in der Zeit größter Papierknappheit und Teuerung des Druckes ein für Ärzte und Studierende so wichtiges Werk wie das vorliegende in neuer Auflage erscheinen konnte, und nicht minder in einer umgearbeiteten und ergänzten. Die Abbildungen sind prächtig, die Darstellung ausgezeichnet und übersichtlich. Es muß für einen Medizinstudierenden ein wahrer Genuß sein, aus solchem Buch zu lernen. B.

— Finkelnburg, Prof. Dr. R., Dozent für innere Medizin und Versicherungsmedizin in Bonn: Lehrbuch der Unfallbegutachtung der Inneren und Nervenkrankheiten für Studierende und Ärzte. 544 S. Bonn 1920, A. Marcus & E. Webers Verlag. Geh. 70 M, geb. 82 M.

Ein sehr nützliches und willkommenes Werk mit reicher Kasuistik und Literatur, dazu die große Erfahrung des Verfassers. Man sieht fast auf jeder Seite, wie zahlreich und verwickelt die Fragen und die Schwierigkeiten sind, denen sich der Gutachter gegenübersieht; denn auch wo die natürliche und eigentliche Krankheitsursache bekannt, kann Unfall als verschlimmerndes Moment in Betracht kommen, und die Zahl der Wahrscheinlichkeiten ist größer als die der Gewißheiten und Tatsachen. Aber nicht zum wenigsten gerade deshalb ist das Studium des Buches so interessant, nicht etwa bloß wegen der Schwierigkeiten für die Rechtsprechung, die auch auf anderen und zwar rein rechtlichen Gebieten, auf höchst unsicheren Grundlagen beruht; es braucht nur an das „freie Ermessen" erinnert zu werden.

— Hoffmann, Dr. E., o. ö. Professor und Direktor der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten an der Universität Bonn: Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dritte vermehrte Auflage. 167 Seiten. Bonn 1920, A. Marcus & E. Webers Verlag, Dr. jur. Albert Ahn. Geh. 14 M, geb. 18 M.

In dieser neuen Auflage wurden eine größere Zahl von Ergänzungen und Verbesserungen eingefügt, entsprechend den wissenschaftlichen Fortschritten; insbesondere betreffend physikalische Methoden, Salvarsanbehandlung, Urogenitaltuberkulose, Röntgenbehandlung, Prophylaxe, Melderecht und -pflicht, Zeugnisausstellung usw. Ein sehr nützliches Buch, das seinen Zweck trefflich erfüllen wird.

— Schmidt-Kraepelin, Dr. Toni: Über die juvenile Paralyse. Heft 20 der „Monographien aus dem

lesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie". 124 S. Iit 9 Textabbildungen. Berlin 1920, Verlag von Juus Springer. 24 M. — Für die Abonnenten der „Zeitchrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" Pr. 0 M.

Das Material — 54 Fälle, 32 männliche, 22 weibliche - ist aufs gründlichste durchgearbeitet und verwertet nd die Monographie muß als eine mustergültige beeichnet werden. Aus den vielen interessanten Ergebissen sei hervorgehoben, daß biologischer Paralysebefund iitunter bei hirnsyphilitisch erkrankten, aber auch bei cheinbar ganz gesunden kongenitalluetischen Kindern achzuweisen und wahrscheinlich als erstes Zeichen päterer paralytischer Erkrankung aufzufassen ist, ferner daß nennenswerte therapeutische Erfolge mit den bisher bekannten Methoden nicht zu erzielen sind.

— Sadger, Dr. J., Nervenarzt in Wien: Friedrich Hebbel. Ein psychoanalytischer Versuch. 374 S. Wien 1920, Franz Deuticke. 30 M.

Wie bei einem „psychoanalytischen" Versuch dieser Richtung nicht anders zu erwarten: „Elternkomplex", Inzestwünsche zartester Kindheit, in dichterische Phantasien umgegossen, Narzissmus, Hervorkehren sexueller Kniffigkeiten, krankhafte Lust am seelischen Zergliedern des eigenen Ich wie der Geschöpfe der Phantasie, „übermächtiger Sadismus", „und vor allem anderen die überaus mächtige analerotisch-sadistische Note"(S. 373 bis 374). !

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.





Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 37/38. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst am Main

Valylperlen

(Valeriansäurediäthylamid)

Bewährtes

Sedativum und Nervinum

Eigenschaften:

Konstante, verstärkte, typische Baldrianwirkung, sedativ, analeptisch. Dünndarmlöslich, keine Beschwerden von Seiten d. Verdauungstraktus.

Indikationen:

Neurasthenie, nervöse Herzleiden und Schlaflosigkeit.
Psychische Beruhigung vor der Lokalanästhesie.
Menstruations-, Schwangerschafts-Beschwerden.
Seekrankheit, Ménière'scher Schwindel, Ohrensausen.
Flimmerskotom, Asthenopie.

Dosierung:

2—3 mal täglich 2—3 Perlen zu 0,25 g.

Originalpackungen:

25 Perlen zu 0,25 g = 3,65 M.
Klinikpackung: 500 Perlen zu 0,25 g.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.

Zusammengesetzte Bluteisenpräparate in Pillenform.

Sanguinal und Sanguinalkompositionen **in Originalgläsern à 100 g**

Sanguinal besteht aus 1% Haemoglobin, 46% Blutsalzen, 43,9% frisch bereitetem, peptonisiertem Muskelalbumin und 0,1% Manganum chloratum.

Pilulae Sanguinalis Krewel
à 0,12 g Sanguinal.
Indikation Anaemie, Chlorose und verwandte **Krankheitserscheinungen, Schwächezustände.**

Pilulae Sanguinalis Krewel
c. 0,05 g Chinino hydrochlorico.
Warm empfohlen als Tonikum u. Roborans. besonders in der Rekonvaleszenz.

Pilulae Sanguinalis Krewel
c. 0,05 g und 0,1 g Guajacol. carbonic.
Empfohlen bei Skrophulose und Phthise, insbes. bei Phthise m. Magenstörungen.

Pilulae Sanguinalis Krewel
c. 0,0006 g Acido arsenicoso.
Warm empfohlen b. nervösen Beschwerden Anämischer, Chlorotischer u. Hysterischer, ferner bei Ekzemen, Skrophulose, Chorea.

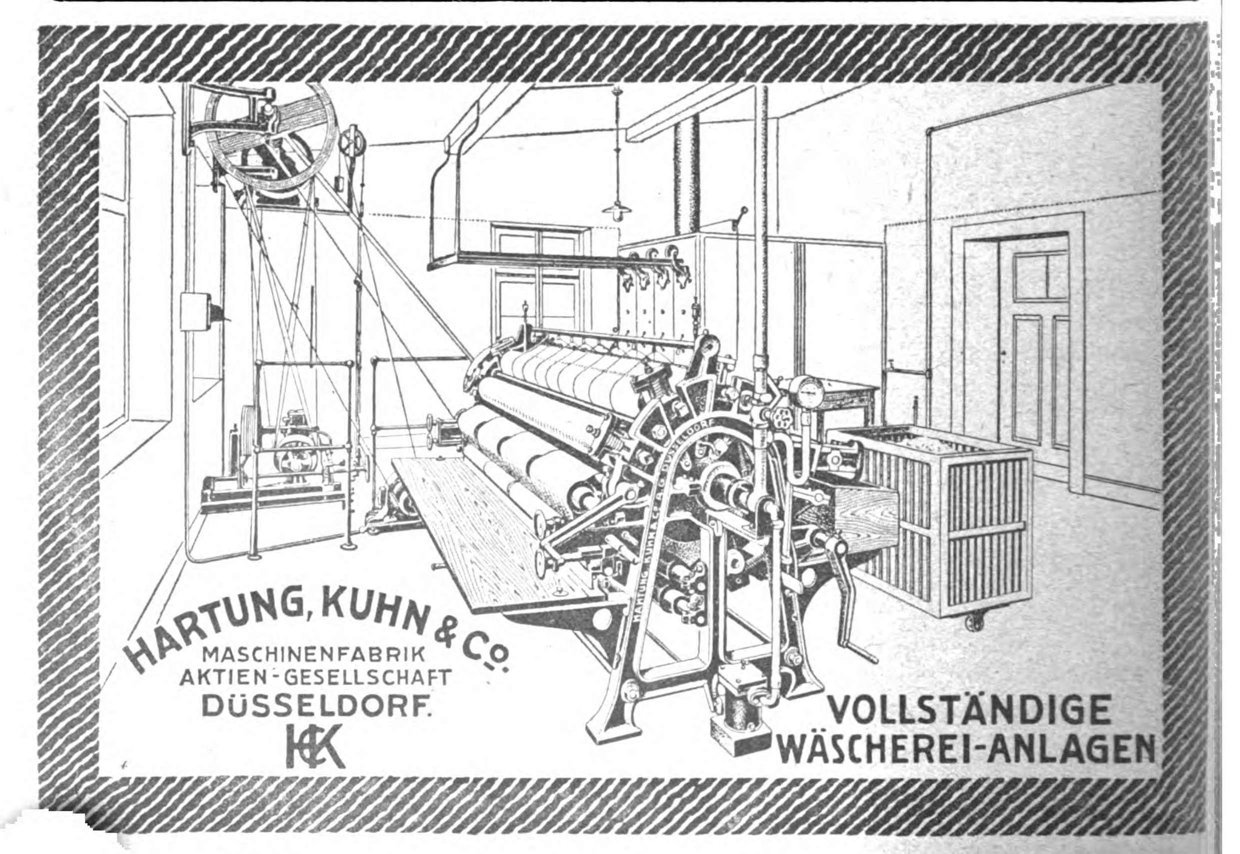
Pilulae Sanguinalis Krewel
c. 0,05 g Extr. Rhei.
Sehr zu empfehlen bei allen Fällen von Chlorose und Blutarmut, die mit Darmträgheit einhergehen.

Pilulae Sanguinalis Krewel
c. 0,05 g und 0,1 g Kreosot.
Indikation: Phthisis incipiens, Skrophulose.

Literatur und Proben den Herren Ärzten gratis und franko.

Krewel & Co., G. m. b. H., chem. Fabrik, Köln a. Rh.

Vertreter für Berlin und Umgegend: A. Rosenberger, Arkona-Apotheke, Berlin N 28, Arkonaplatz 5, Fernsprechamt Norden Nr. 8711.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 37/38. 18. Dezember **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jede Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Die Testierfähigkeit und ihre gerichtsärztliche Bedeutung.[1])

(Aus der Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein, Direktor Geheimrat Dr. Ilberg).

Von Medizinalrat Dr. **Kürbitz.**

A. H.! Gutachten über die Testierfähigkeit eines Menschen gehören bekanntlich anchmal zu den weniger leichten und angenehmen ufgaben, die dem Gerichtsarzt gestellt werden; e Gründe hierfür liegen in den besonderen Umänden derartiger Fälle: der Betreffende ist verorben und meist dem ärztlichen Sachverständin völlig unbekannt gewesen, die histologische irnuntersuchung ist fast stets unmöglich, die Zeunaussagen sind mehr denn je mit besonderer orsicht zu bewerten und zu verwenden, u. dgl. ehr. Doch ehe wir auf diese Punkte näher einhen, möchte ich Ihnen in aller Kürze die geetzlichen Bestimmungen, die hier in rage kommen, ins Gedächtnis zurückrufen.

Während die Geschäftsfähigkeit nach utschem Recht bekanntlich mit Vollendung des . Lebensjahres Platz greift, kann nach § 2229, Abs. 2 BGB.[2]) der sonst beschränkt Geschäftsfähige, sobald er das 16. Jahr zurückgelegt hat, schon ein vollgültiges Testament errichten ohne Zustimmung seines Vormundes; es liegt also hier zweifellos ein Ausnahmezustand vor, der nur dadurch ein wenig abgeschwächt wird, daß das Testament vor einem Richter oder Notar durch eine mündliche Erklärung errichtet werden muß (§ 2238 Abs. 2).

Nach dem 21. Jahr ist nicht nur dieser Weg des sogenannten öffentlichen Testaments möglich, sondern man kann auch ein eigenhändiges, sogenanntes holographisches Testament (ὅλός ganz) errichten ohne Zuziehung eines juristischen Dritten; es muß Ort und Tag enthalten, sowie von dem Betreffenden selber geschrieben und unterzeichnet sein; die Aufbewahrung kann amtlich vorgenommen werden (§ 2248) oder an einem beliebigen

[1]) Vortrag, gehalten am 18. Oktober 1920 auf der agung des Sächs. Medizinalbeamtenvereins in Dresden.

[2]) Der Wortlaut der gesetzlichen Bestimmungen befindet sich am Schluß.

andern Ort erfolgen. Auf besondere Ausnahmefälle, nämlich auf das Militärtestament (§ 44 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874), das sog. Dorftestament (§ 2249), das Testament in abgesperrten Orten und das Seetestament will ich der Vollständigkeit halber nur hingewiesen haben.

Wie steht es nun mit der Testierfähigkeit geistig abnormer Personen?

Ist jemand wegen Geisteskrankheit entmündigt, so ist er natürlich nicht fähig, ein rechtsgültiges Testament zu errichten (§ 104, 3 und § 105, 2 BGB.).

Aber auch bei einer Entmündigung wegen Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung ist dies nicht möglich, desgleichen wenn es sich um eine vorläufige Vormundschaft handelt, ja, die Unfähigkeit zu testieren tritt sogar schon mit der Stellung des Antrages ein, auf Grund dessen dann später die Entmündigung ausgesprochen wird.

Als Ausnahmebestimmung interessant ist § 2230 BGB., dieser besagt nämlich, daß ein Testament auch dann noch gültig ist, wenn es vor der Rechtsgültigkeit des Entmündigungsbeschlusses errichtet und wenn der Betreffende noch vorher gestorben ist. Man sieht also auch hier wieder, wie weit der Gesetzgeber bei dieser Materie die Grenzen gesteckt hat. Das zeigt sich auch im folgenden Abschnitt desselben Paragraphen: hat der Entmündigte den Antrag auf Aufhebung der Vormundschaft gestellt, danach ein Testament errichtet, so ist dieses gültig, falls er tatsächlich wieder für voll geschäftsfähig erklärt wird; man kann also nicht ohne Einschränkung sagen, so lange die Vormundschaft besteht, so lange währt auch die Testierunfähigkeit.

Ein Testament zu widerrufen ist gemäß § 2253 möglich; die Entmündigung wegen Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung steht dem Widerruf nicht entgegen, sobald das Testament noch vor der Bevormundung errichtet war; es herrschen also in analoger Weise, wie wir es oben gesehen hatten, auch hier milde Gesichtspunkte.

Der Entmündigte mit beschränkter Geschäftsfähigkeit darf aber nur das Testament oder einzelne Teile aufheben; neue Bestimmungen einzufügen steht ihm nicht zu.

Handelt es sich um einen Entmündigten mit luziden Intervallen, mit weitgehender Remission o. dgl., so ist das für die vorliegende Frage belanglos, denn die bestehende Entmündigung macht ihn juristisch unfähig zu irgendeiner Willen[s-] erklärung.

Wird das Testament eines geisti[g] abnormen Menschen, der nicht ent[-] mündigt war, angefochten, so hat der ärz[t-] liche Sachverständige sich dahin zu äußern, ob d[er] Betreffende tatsächlich geschäftsunfähig war, da[nn] ist natürlich seine Willenserklärung nichtig (§§ 1[04] und 105). Diese Ungültigkeit liegt z. B. au[ch] vor, wenn das Testament im Zustand der B[e-] wußtlosigkeit oder vorübergehe[n-] der Störung der Geistestätigkeit [er-] richtet war.

M. H.! Dies sind die hauptsächlichsten in Fra[ge] kommenden juristischen Bestimmungen; einige a[n-] dere werden wir noch berühren bei dem nun zu b[e-] sprechenden mehr ärztlichen Teil unseres Thema[s:] welche Geisteskrankheiten es nämli[ch] in der Hauptsache sind, bei denen die Testierfähi[g-] keit angezweifelt wird.

Naturgemäß steht in erster Linie die Demen[-] tia senilis, bei der Gedächtnisschwäc[he,] Kritiklosigkeit und Beeinträchtigungsideen [ein] Testament wesentlich anders gestalten können [als] in gesunden Jahren. Infolge Wahnvorstellung[en] sind nahe Angehörige nicht berücksichtigt word[en,] anderen sind einst Versprechungen gemacht w[or-] den, die aber im Testament später keinen Nied[er-] schlag gefunden haben, weil sich der Kranke [g...] nicht mehr seiner Worte erinnert hat; dageg[en] tauchen andere Namen von Fernerstehenden a[uf,] die in geschickter Weise den Senilen beeinfl[ußt] haben.

Ähnlich wie bei der Dementia senilis liegen [die] Verhältnisse auch bei den präsenilen E[r-] krankungen und bei dem arterioskler[o-] tischen Irresein; ich erinnere Sie dabei [n...] an den präsenilen Beeinträchtigungswahn, [...] arteriosklerotischen Schwächezustände und an [...] postapoplektische Demenz, und man muß a[lle] diese Krankheitsbilder ausschalten können, [e...] man einen Testator für gesund erklärt.

Wie rasch und tiefgehend plumpe Schmeich[e-] leien den Paralytiker, wie fade Lobsprü[che] den Imbezillen günstig stimmen könn[en,] wissen Sie alle, desgleichen daß bei dem groß[en] bunten Heer der Degenerierten durch [...] leichte Beeinflußbarkeit ihre Willenserklärung [...] zu schnell ein stark verändertes Aussehen erhal[ten] kann.

Kurz streifen möchte ich in diesem Zusamm[en-] hang auch noch eine zurzeit herrschende Mo[de-] krankheit: die Suggestion, und insbesond[ere] die Wachsuggestion. Von Laien auf Sch[...]



ühnen produziert, hat sie weite Kreise des Volkes rgriffen, und es erscheint mir keineswegs unmögch, daß gelegentlich einmal einer unserer zahllosen leuropathen, diese kommen in erster Linie in 'rage, durch einen gewissenlosen Hypnotiseur uch bei der Abfassung des Testamentes wesentlich eeinflußt werden kann; diese geistige Abhängigeit kann sich erfahrungsgemäß auch in falschen eugenaussagen, sexuellen Attentaten und anderen erbrecherischen Handlungen äußern.

Krankhafte Antipathien und Wahnideen der iannigfachsten Art können das Testament eines 'aranoikers beherrschen, und es gilt dann ı jedem einzelnen Fall, den inneren Zusammenang zwischen Krankheit und Testament nachzureisen, ein Versuch, der allerdings nicht immer zu inem abschließenden und befriedigenden Urteil ihren muß, da es oft unmöglich ist, allen dicht verchlungenen und gewundenen Pfaden des Paraoikers post mortem noch nachzugehen.

Bei Eheleuten, bei zusammenwohnenden Gechwistern usw. mit induziertem Irresein ann sich gleichfalls das Pathologische in der Nieerschrift des letzten Willens wiederspiegeln, ebeno wie bei dem chronischen Alkoholisten er Eifersuchtswahn auch im Testament zutage reten kann.

Bei dessen Auffassung spielt naturgemäß eine usschlaggebende Rolle auch die Stimmung, in er der Betreffende sich befindet; es leuchtet ohne 'eiteres ein, daß eine Manie oder Melanholie direkt auf den Inhalt des Testaments abirben kann zum Nachteil der gesetzlichen nächsten rben.

Auch langdauerndes Siechtum, fieerhafte Erkrankungen, starke Schmeren, große körperliche Schwäche, 'chlafmittel u. dgl. m. machen den Menchen erfahrungsgemäß leichter beeinflußbar, und o können unter Umständen Testamente errichtet 'erden zugunsten geschickt zu Werke gehender 'flegepersonen, besonders dann, wenn der Kranke on ihrer Wartung und Sorgfalt mehr oder weniger bhängig ist.

Recht schwer können die körperlichen Zustände ei Sterbenden das Testament beeinflussen, ornehmlich wenn dann noch die übliche Abahme der geistigen Leistungsfähigkeit, wenn gar eginnende deliriöse oder agonale Zustände mit ineinspielen.

Sache des Gerichtsarztes ist es nun, an alle iese Momente zu denken und nach ihnen zu fahnen, was oft nicht leicht ist; denn die eine Partei tellt den Verstorbenen als geistig stets kerngesund hin, während die Gegenseite naturgemäß von ganz anderen Gesichtspunkten ausgeht, und Zeugen fehlen ja außerdem oft bei dem selbstgeschriebenen Testament. Schließlich finden sich aber doch nicht selten Anhaltspunkte für einen psychischen Defekt erheblicherer Art; die geistige Störung muß nämlich einen bestimmten Grad erreicht haben und man muß die Gewißheit besitzen, daß der Betreffende in gesunden Tagen anders testiert haben würde, denn an sich macht nicht jede geistige Störung ohne weiteres geschäfts- und testierunfähig.

Schon das Vorhandensein mehrerer, sich widersprechender Testamente ist auffallend, desgleichen die eventuelle Ausschaltung nächster Angehöriger; durch einwandfreie Feststellung unparteiischer Dritter lassen sich dann unter Umständen Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen mannigfachster Art, erhebliche Erinnerungslücken und -fälschungen feststellen; private und Geschäftsbücher zeigen unordentliche und fehlerhafte Eintragungen, die Schrift ist gegen früher deutlich verändert u. dgl. m.; auf all diese Momente hat der ärztliche Sachverständige sein Augenmerk zu richten, ehe er an die Abfassung des von ihm geforderten Gutachtens herangeht.

Im allgemeinen leichter liegen die Verhältnisse, wenn es sich um die allerdings selteneren öffentlichen Testamente handelt, weil hier Richter resp. Notar mit ihren Zeugen zur Beurteilung mit herangezogen werden können; da es sich aber um Laien handelt, die meist nur kurze Zeit mit dem Verstorbenen zusammen waren, so darf deren Ansicht nicht allein maßgebend für den Arzt sein.

Erleichternd für diesen, und daher als zweckmäßig zu erachten ist es, wenn er bei den richterlichen Zeugenvernehmungen möglichst von Anfang an zugegen ist und sofort durch Zwischenfragen usw. das Bild vervollständigen und berichtigen kann; psychiatrische Vorkenntnisse sind hierfür unerläßlich.

Hübner ist dabei mit Recht in seinem „Lehrbuch der forensischen Psychiatrie" gegen den Hausarzt, der zwar manchmal über die letzten Stunden eines Moribunden, in denen das Testament vielleicht gerade errichtet ist, gute Aufklärung geben kann, der aber allmählich eingetretene Veränderungen oft nicht wahrnimmt.

Es kommt aber meines Erachtens noch ein zweites wichtiges Moment hinzu, das Berufsgeheimnis. Da der Arzt durch den inzwischen Verstorbenen meist nicht von seiner Schweigepflicht befreit ist, darf er nicht aussagen. Auf diesen Stand-



punkt hat sich auch das Landgericht Dresden gestellt, als ich mich vor einigen Monaten über einen früheren, nicht entmündigten Kranken unserer Anstalt gutachtlich äußern sollte. Ich stellte sofort die Gegenfrage, ob ich mich gegenüber dem inzwischen Verstorbenen nicht einer Verletzung des § 300 StGB. schuldig machte; das Gericht gab mir recht, denn es hob den anberaumten Termin auf und forderte die Akten zurück.

Eine Zeitlang hat man sich früher auch mit den Testamenten der Selbstmörder und ihrer Gültigkeit beschäftigt. Jetzt steht man, und wohl auch mit Recht, allgemein auf dem Standpunkt, daß das Suizid zwar die Tat eines Kranken sein kann, daß aber oft die Motive zu dieser einmal länger, einmal kürzer geplanten Affekthandlung in keinerlei Beziehung zum Testament und den betreffenden Erbberechtigten stehen; es gilt eben auch hier, streng zu individualisieren und nicht schematisch zu handeln.

Einige wichtige Einschränkungen, die der Gesetzgeber gemacht hat, bedürfen noch einer kurzen Besprechung.

Es betrifft zunächst Leute mit Unfähigkeit zu sprechen; nach § 2243 muß das Testament schriftlich überreicht werden, wenn der Erblasser stumm oder am Sprechen verhindert ist, und zwar heißt es: „nach Überzeugung des Richters oder Notars". Ob diese Überzeugung tatsächlich stimmt, ist Nebensache; Weitläufigkeiten durch sachverständige Untersuchung und Streitigkeiten werden durch diese Fassung zweifellos vermieden.

Zeichen sind unzulässig, Erklärungen dürfen nur durch gesprochene Worte erfolgen. Kann ein Aphasiker zum Beispiel noch „ja oder „nein" antworten, so ist durch geschickte Suggestivfragen von Seiten des Juristen auf mündlichem Weg noch der letzte Wille des Betreffenden zweifellos richtig zu erforschen.

Jedenfalls wäre es falsch — und Beispiele in der medizinischen Literatur bestätigen dies —, behaupten zu wollen, jeder Aphasiker sei einzig und allein auf ein schriftliches Testament angewiesen; es kommt auch hier wieder auf den speziellen Fall an.

Hin und wieder kommt es vor, daß ein Aphasiker mehrere Sprachen beherrscht und daß er gerade des Gebrauches der deutschen Sprache verlustig gegangen ist; in diesem Fall muß das Testament durch einen Dolmetscher übersetzt werden.

Ebenso liegen die Verhältnisse z. B. bei Ausländern, die der deutschen Sprache nicht gehörig mächtig sind; verstehen sämtliche Mitwirkende die fremde Sprache, so bedarf es keines Dolmetschers (§§ 2244, 2245).

Ferner verlangt das Gesetz (§§ 2247 und 2248 Abs. 2, daß der Testator auch des Lesens kundig sein muß, d. h. daß er den Sinn des Geschriebenen geistig in sich aufzunehmen vermag. Bei Leseunfähigkeit muß eine mündliche Erklärung vor einem Juristen erfolgen, also ein öffentliches Testament.

Kann der Patient nicht schreiben, so tritt § 2238 Abs. 1 in Kraft, der das öffentliche Testament fordert; die eigenhändige Unterschrift kann fortbleiben und wird durch eine entsprechende Feststellung im Protokoll ersetzt.

Kombinieren sich die beiden letzten Abnormitäten, kann der Testator also weder lesen noch schreiben, so sind nur mündliche Auslassungen vor dem Richter oder Notar für ihn möglich.

Besteht Sprach- und Schreibunfähigkeit, so liegt Testierunfähigkeit vor, da der Betreffende weder durch Worte, noch durch schriftliche Aufzeichnungen sich gehörig verständlich machen kann; dies tritt z. B. bei motorische Aphasie mit Lähmung des rechten Armes ein, falls nicht die Fähigkeit, mit der linken Hand zu schreiben, vorliegt.

Eine gewisse Härte dieser Bestimmung ist unverkennbar, denn es braucht die Intelligenz bei einem Aphasiker mit Agraphie noch keineswegs immer derartig gelitten zu haben, daß die Errichtung eines Testaments dadurch zur Unmöglichkeit würde. Hätte sich z. B. ein ärztlicher Sachverständiger über die noch vorhandenen geistigen Fähigkeiten geäußert, so könnte ein Richter oder Notar an sich sehr gut durch verschiedene, geschickt gestellte Fragen den letzten Willen des Betreffenden erkunden. Schon 1882 stellte Jolly (Arch. f. Psych. Bd. 13) derartige Wünsche für das neue Bürgerliche Gesetzbuch auf, die aber leider nicht verwirklicht wurden, während andererseits Hoche (Handb. d. gerichtl. Psych 1901) die jetzige Fassung des Gesetzes für durchaus richtig hält.

Taube Personen sind im Bürgerlichen Gesetzbuch nicht besonders vermerkt, sie können also das holographische oder das öffentliche Testament wählen, und vom ärztlichen Standpunkt aus dürften dagegen auch keinerlei Bedenken bestehen.

Taubstumme Leute dürfen sich der Zeichensprache als alleinigen Ausdrucksmittels nicht bedienen; können sie aber lesen und schreiben, so können sie auch testieren, anderenfalls gehen



es Rechtes verlustig, selbständig über ihre Hinrlassenschaft verfügen zu können.

Es sind hier analoge harte Vorschriften gegeben ie bei der Sprach- und Schreibunfähigkeit; mit ilfe eines Taubstummenlehrers hätten sich auch er weitere Grenzen ziehen lassen.

Ebensowenig wie taube Personen besonders wähnt sind, ist auch von Blinden nichts im ürgerlichen Gesetzbuch gesagt; ihr Testament ann also mündlich oder schriftlich errichtet wern. Da über die Art der Schrift keine Einschränngen bestehen, so sind auch Kurz- und Blindenhrift als vollgültig anzusehen.

M. H.! Dieser Überblick über die Testierfähigeit und ihre forensische Bedeutung sollte Ihnen aller Kürze wieder vor Augen führen, wie annigfach und vielgestaltig die einschlägigen getzlichen Bestimmungen sind, wie tief einschneind sie sich bei kranken Personen bemerkbar achen können und wie die Tätigkeit des ärztchen Sachverständigen sich hierbei unter Umänden recht schwierig gestalten kann.

Die in Frage kommenden Bestimmungen es Bürgerlichen Gesetzbuches sind folgende:

§ 104, Absatz 3.

Geschäftsunfähig ist: 3. wer wegen Geieskrankheit entmündigt ist.

§ 105.

Die Willenserklärung eines Geschäftsnfähigen ist nichtig. Nichtig ist auch eine illenserklärung, die im Zustande der Bewußtlogkeit oder vorübergehender Störung er Geistestätigkeit abgegeben wird.

§ 2229.

Wer in der Geschäftsfähigkeit behränkt ist, bedarf zur Errichtung eines Testamens nicht der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters.

Ein Minderjähriger kann ein Testament erst richten, wenn er das sechzehnte Lebensjahr vollendet t.

Wer wegen Geistesschwäche, Verhwendung oder Trunksucht entmündigt , kann ein Testament nicht errichten. Die Unfäkeit tritt schon mit der Stellung des Antrags ein, f Grund dessen die Entmündigung erfolgt.

§ 2230.

Hat ein Entmündigter ein Testament errichtet, ber der die Entmündigung aussprechende Beschluß anfechtbar geworden ist, so steht die Entmündigung r Gültigkeit des Testaments nicht entgegen, wenn der ntmündigte noch vor dem Eintritt der Unanfechtbarit stirbt.

Das Gleiche gilt, wenn der Entmündigte nach der ellung des Antrags auf Wiederaufhebung der Entmündigung ein Testament errichtet und die Entmündigung dem Antrage gemäß wieder aufgehoben wird.

§ 2238.

Die Errichtung des Testaments erfolgt in der Weise, daß der Erblasser dem Richter oder dem Notar seinen letzten Willen mündlich erklärt oder eine Schrift mit der mündlichen Erklärung übergibt, daß die Schrift seinen letzten Willen enthalte. Die Schrift kann offen oder verschlossen übergeben werden. Sie kann von dem Erblasser oder von einer anderen Person geschrieben sein.

Wer minderjährig ist oder Geschriebenes nicht zu lesen vermag, kann das Testament nur durch mündliche Erklärung errichten.

§ 2244.

Erklärt der Erblasser, daß er der deutschen Sprache nicht mächtig sei, so muß bei der Errichtung des Testaments ein vereideter Dolmetscher zugezogen werden. Auf den Dolmetscher finden die nach den §§ 2234 bis 2237 für einen Zeugen geltenden Vorschriften entsprechende Anwendung.

Das Protokoll muß in die Sprache, in der sich der Erblasser erklärt, übersetzt werden. Die Übersetzung muß von dem Dolmetscher angefertigt oder beglaubigt und vorgelesen werden; die Übersetzung muß dem Protokoll als Anlage beigefügt werden.

Das Protokoll muß die Erklärung des Erblassers, daß er der deutschen Sprache nicht mächtig sei, sowie den Namen des Dolmetschers und die Feststellung enthalten, daß der Dolmetscher die Übersetzung angefertigt oder beglaubigt und sie vorgelesen hat. Der Dolmetscher muß das Protokoll unterschreiben.

§ 2245.

Sind sämtliche mitwirkende Personen ihrer Versicherung nach der Sprache, in der sich der Erblasser erklärt, mächtig, so ist die Zuziehung eines Dolmetschers nicht erforderlich.

Unterbleibt die Zuziehung eines Dolmetschers, so muß das Protokoll in der fremden Sprache aufgenommen werden und die Erklärung des Erblassers, daß er der deutschen Sprache nicht mächtig sei, sowie die Versicherung der mitwirkenden Personen, daß sie der fremden Sprache mächtig seien, enthalten. Eine deutsche Übersetzung soll als Anlage beigefügt werden.

§ 2248.

Ein nach § 2231 Nr. 2 errichtetes Testament ist auf Verlangen des Erblassers in amtliche Verwahrung zu nehmen. Die Vorschrift des § 2246 Abs. 2 findet Anwendung.

§ 2249.

Ist zu besorgen, der der Erblasser früher sterben werde, als die Errichtung eines Testaments vor einem Richter oder vor einem Notar möglich ist, so kann er das Testament vor dem Vorsteher der Gemeinde, in der er sich aufhält, oder, falls er sich in dem Bereich eines durch Landesgesetz einer Gemeinde



gleichgestellten Verbandes oder Gutsbezirkes aufhält, vor dem Vorsteher dieses Verbandes oder Bezirkes errichten. Der Vorsteher muß zwei Zeugen zuziehen. Die Vorschriften der §§ 2234 bis 2246 finden Anwendung; der Vorsteher tritt an die Stelle des Richters oder des Notars.

Die Besorgnis, daß die Errichtung eines Testaments vor einem Richter oder vor einem Notar nicht mehr möglich sein werde, muß im Protokoll festgestellt werden. Der Gültigkeit des Testaments steht nicht entgegen, daß die Besorgnis nicht begründet war.

§ 2251.

Wer sich während einer S e e r e i s e an Bord eines deutschen, nicht zur kaiserlichen Marine gehören den Fahrzeugs außerhalb eines inländischen Hafens be findet, kann ein Testament durch mündliche Erklärun vor drei Zeugen nach § 2250 errichten.

§ 2253.

Ein Testament, sowie eine einzelne in einem Testa ment enthaltene Verfügung kann von dem Erblasser je derzeit w i d e r r u f e n werden.

Die Entmündigung des Erblassers wegen Geistes schwäche, Verschwendung oder Trunksucht steht de Widerruf eines vor der Entmündigung errichteten Testa ments nicht entgegen.

Zur Psychologie der Standesfragen (zugleich eine Abwehr).

Von Dr. **Ulrich Vollrath**, Oberarzt in Teupitz (Teltow).

Um nicht wegen meines letzten Aufsatzes dauernd als schwarzes Schaf unserer Standesbewegung angeführt zu werden, muß ich mich energisch gegen die Art verwahren, in der R e i n („Standesfragen" S. 219 dieses Jahrganges) meine „Bemerkungen" (Nr. 13 dieses Jahrganges) bespricht. Wer meine Darlegungen aufmerksam durchgelesen hat, dem durfte nicht entgehen, daß ich dort nur eine Entwicklungsrichtung feststellen zu müssen glaubte, daß ich von der „doch unbedingt notwendigen ärztlichen Leitung" sprach und vorschlug, erst einmal Erfahrungen aus kollegial verwalteten Krankenanstalten zu Worte kommen zu lassen. Ich verstehe nicht recht, wie man daraus ein „Verlangen" machen kann. Ich fühle mich daher auch von den Vorwürfen, die in R e i n s Darstellung liegen, nicht getroffen, meine nur, daß, selbst wenn ich derartiges verlangt hätte, wie es mir zugeschoben wird, die sachlichen Gegengründe durch persönliche Argumente nicht beweiskräftiger werden. Darüber, ob ich „noch recht wenig praktisch-psychiatrische Erfahrung" habe, kann ich R e i n als Richter nicht anerkennen; ich glaube, wenn man nur die Augen offen hat, kann man auch als junger „jüngerer Arzt" dazu kommen, sich ein richtiges Urteil zu bilden. Richtige Urteilsbildung braucht nicht immer allein eine Funktion des Alters zu sein, mancher lernts bekanntlich nie. Studienreisen tun es auch nicht immer, ich könnte mit Ergebnissen von solchen älterer Psychiater aufwarten, die das bestätigen würden, will es aber im Interesse unserer Sache lieber nicht tun. (Im übrigen sei zu den persönlichen Bemerkungen R e i n s gesagt, daß ich, wie er aus den bei seiner Rundfrage ihm von mir selber übermittelten statistischen Angaben hätte ersehen können, schon länger als seit 19 praktisch psychiatrisch tätig bin; ich kann noc hinzufügen, daß ich vor meinem Übertritte zu praktischen Psychiatrie nicht nur in einer psychi trischen Universitätsklinik, sondern auch an d verschiedensten Krankenanstalten gearbeitet hab was für die Fähigkeit, Vergleiche anzustellen u sich Urteile zu bilden, wohl nicht ohne Vorteil g wesen sein dürfte.)

Es sei mir nun gestattet, zum Kernpunk meiner Darlegungen überzugehen. Eine allerse befriedigende Lösung der Frage der Leitung d Irrenanstalten und der Stellung der Ärzte an ihn wird sich meines Erachtens unter den Verhäl nissen, wie sie heute sind, nie finden lassen, m man diese im einzelnen noch verbessern. D Grund liegt hauptsächlich an den Menschen u ihrer Eigenart, dann an den gerade von dies Menschen geschaffenen Verhältnissen. Rei führt ja selber (S. 217) Klage über die Art u Weise, wie der psychiatrische Nachwuchs zustan gekommen ist, daß es sehr oft nicht Interesse f Psychiatrie war, die Ärzte bewog, die Laufba eines Anstaltspsychiaters einzuschlagen, sonde ein gewisses Beharrungsvermögen. Schon H o l (diese Wochenschr. Jahrg. 10 S. 388), S i e m e (Jahrg. 9 S. 78) und G r o e s c h e l (Jahrg. 9 S. 2 haben ganz ähnliche Beobachtungen veröffentlic Setzen wir für Beharrungsvermögen lieber „Ma gel an Aktivität". Dieser ist die Folge eines inn ren Gebundenseins, neurotischer Hemmung (neurotisch im Sinne der Psychoanalyse). So ve stehen wir auch, wie K r a e p e l i n (Psychiatr I. Bd. 8 Aufl. S. 638) zu seiner Äußerung von Anziehungskraft der Psychiatrie auf psychopathis

ınlagte Naturen kommt.[1]) Die dunkle, oft unußt bleibende Wahrnehmung der eigenen neu-:chen Veranlagung — auch die Weckung des ·esses durch vielleicht offensichtlicher neuroti- Verwandte spielt eine Rolle — bedingt eine ıität zur Psychiatrie und gibt eine Triebkraft ˡas Interesse an der Psychiatrie, wenn es vorˡen ist oder zu sein scheint. Solche innerlich ndenen Naturen fühlen sich dem Kampfe ums ·in, den die frei praktizierenden Ärzte kämpfen ɜen, nicht gewachsen, ihr Hauptbestreben ist Übernahme der Sorge um ihre Existenz durch Staat, die Allgemeinheit; die Übernahme, wie ch in lebenslänglicher Anstellung und Pensionschtigung ausdrückt. (Dasselbe findet man ·lich auch in den anderen Beamtenkategorien.) s wäre verlockend, an der Hand psychoana-:her Betrachtungsweise die dem zugrundenden Charakteranlagen und -eigenschaften r zu bestimmen und zu entwickeln. Da ich weiß, daß vorläufig noch psychoanalytische ınkengänge zu viel Widerstände hervorrufen ese Widerstände sind als Sicherungsmaßnah- gerade solcher neurotischer Persönlichkeiten ıt zu verstehen, wie dem auch gegenüber festllen ist, daß F r e u d s Lehre, von Ausnahmen ɜehen, gerade bei Nichtanstaltspsychiatern und ren Ärzten auf besseren Boden gefallen ist, da die Widerstände geringer zu sein pflegen —, so chte ich, wenn auch ungern, darauf, hier dies hrlich zu tun.[2])

ır unter Heranziehung der psychoanalytischen htspunkte könnte man unsere Standesbewe- ganz verständlich machen,[3]) könnte man die typische Beamtenpsyche, die „Beamtenmentalität", in ihrer Entstehung entwickeln, könnte man zeigen, daß es kein Wunder ist, wenn bei den Anstaltspsychiatern oft das Sichalsarztfühlen hinter dem Sichalsbeamtenfühlen zurücktritt, was auch in der Ablehnung des Beitritts ihrer Organisation zum Leipziger Verbande zum Ausdruck kam (vgl. auch K o l b, dieser Jahrgang S. 176). Der „Beamtenmentalität" entspringt die Neigung, die Stellung des oder der ersten Oberärzte als Vertreter des Direktors zu Vorgesetzten der anderen Ärzte zu machen; dem freien ärztlichen Berufe ist ein Vorgesetztenverhältnis fremd. Naturen, die diesen „Beamtenkomplex" nicht haben, die innerlich freier sind und sich in das Beamtenverhältnis nicht hineinfinden können, verlassen daher sobald als möglich die Anstalten, um praktische Ärzte oder Fachärzte zu werden. Bezeichnend ist der Ausspruch von V o c k e (diese Wochenschr. Jahrg. 10 S. 2): „Wer durchaus selbstherrlich arzten will, für den ist in der Praxis Gelegenheit, ihn zwingt niemand in die Anstalt." Zuzug aus den Kliniken, wo ein frischerer Luftzug weht — weil es dort keine lebenslängliche Anstellung und Pensionsberechtigung gibt — wird unterbunden, da das „Aufrücken", auch ein Begriff, der in den Gedankenkreis der „Beamtenmentalität" gehört, beeinträchtigt werden könnte. Wer soll es auch älteren Klinikassistenten verdenken, wenn sie nicht in Anstaltsstellungen hineingehen, da sie durch Nichtanrechnung anderweit verbrachter Tätigkeit, wenigstens bei der Beförderung, oft materiell eine Einbuße erleiden.

Gegen den Bau der großen Anstalten hat sich nur vereinzelt Widerspruch gefunden (A l t, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig.-Bd. 1); sie sind von den Verwaltungen doch unter beratender Mitwirkung von Psychiatern geschaffen, zum Teile sogar

---

[1]) „. . . zum Teil hängt das mit der Anziehungskraft mmen, die der Beruf der Irrenpflege, wie derjenige rrenarztes, auf psychopathisch veranlagte Persousübt, . . ."

[2]) Wer dafür Interesse hat, dem rate ich dringend, dem Studium der F r e u d schen Aufsätze (u. a. Zeitschr. IX. Jahrg. S. 465) sich möglichst die ze von J o n e s (Internat. Zeitschr. f. Psychoe, I. Jahrg. S. 313 und V. Jahrg. S. 69) zu ver-ɜn. Namentlich die beiden erstgenannten bieten toff zu unserem Thema. Wer sich dann vorurteilnsieht, wird überall überraschende Bestätigungen

[3]) Wie auch manches andere in der Psychiatrie allı und in der Anstaltspsychiatrie im besonderen. inzelne Beispiele seien angeführt. K r e t s c h - (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. Bd. 57) ist es nicht klar, woher das Bestreben der Psyr nach „scharfer Abgrenzung", nach „reinen Krankildern" kommt; die Beschäftigung mit der psychoisch gerichteten Charakterologie würde ihm den Schlüssel liefern, woher dieser Zwang stammt. Die neueste Psychiatrie ist im Begriffe, das Kraepelinsche System zu verwerfen, aber nur, um letzten Endes ein anderes, vielleicht etwas besseres, dafür einzutauschen. — Das Überwiegen statistischer Arbeiten, die aus Anstalten kommen. — Die Überschätzung der Verwaltungsarbeit: das schriftlich Fixierte kann kontrolliert werden, die ärztliche Einwirkung ist schwer zu fassen, läßt sich nicht so leicht schriftlich niederlegen; damit im Zusammenhange stehend die Forderung des Kreisarztexamens. — Die stete Betonung der Verantwortlichkeit, wogegen sich schon W e y g a n d t (diese Zeitschr. X. Jahrg. S. 13) wendet: „Die so gerne als Abwehrmittel gegen alle Ansprüche der Ärzte zitierte Verantwortlichkeit des Direktors ist bei Licht besehen keineswegs so schwerwiegend als sie gewöhnlich hingestellt wird". Dabei die „Verantwortungsscheu und Unfreiheit" (S i e m e r l i n g, Arch. f. Psych. Bd. 60 S. 988).



erstrebt — auch aus einem psychoanalytisch verständlich zu machenden Zahlenkomplexe heraus —, trotzdem sie die wünschenswerte psychologische Behandlung und Vertiefung erschweren, wenn nicht erdrosseln. In der Schweiz ist die psychoanalytische Betrachtungs- und Forschungsweise schnell in die Anstalten eingedrungen: kleine Anstalten, keine lebenslängliche Anstellung. Über die Erfolge berichtet die Dissertation „Die Dauer der Anstaltsbehandlung der Schizophrenen" von L. Rähmi, Zürich. Aller wirklicher Fortschritt in der wissenschaftlichen Psychiatrie kommt heutzutage — früher war es anders — nicht aus den Anstalten,[4]) sondern aus den Kliniken — wozu man beinahe die Berliner Anstalten rechnen könnte, wo ein, im Sinne der Standesbewegung „rückständiges" Ärztesystem bestand — oder von Außenseitern (Freud). Es sind eben verschiedene Menschenschläge hüben und drüben und zwischen ihnen keine Kommunikation.

Daß die Verhältnisse nicht nur in Deutschland so liegen, zeigt der Bericht Berzes über Dubiefs Schilderungen aus Frankreich (d. Wochenschr. Jahrg. 11 S. 245). Es gibt eben überall Ärzte, denen das Beamtentum adäquater ist als das freie Arzttum.

Aus allen diesen Gründen bin ich dazu gekommen, Rehms Vorschlägen gegenüber (Münch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 21), von denen er die Erreichung einer wesentlich höheren wissenschaftlichen Stufe der Irrenanstalten erhofft, so pessimistisch zu sein, in die Anstaltslaufbahn gehen nun eben nicht wenige Ärzte, denen weniger die Wissenschaft als lebenslängliche Anstellung und Pensionsberechtigung am Herzen liegt. Negative Auslese und Fernhaltung von Zuzug sorgen dafür, daß sie noch mehr unter sich bleiben. Das ist auch der Grund, warum in der Arztfrage trotz so vieler Vorschläge und Anregungen fast alles beim alten geblieben ist. Durchblättert man frühere Jahrgänge dieser Wochenschrift, so kann man sich überzeugen, daß die nämlichen Fragestellungen, die jetzt im Gefolge der Staatsumwälzung in den großen Erörterungen der Standesfragen auftauchen, schon vor Jahren die irrenärztlichen Gemüter beschäftigt haben. Sandner (diese Wochenschr. Jahrg. 9 S. 121) spricht schon 1907 von jahrelangen v geblichen Bemühungen, seine (auch noch Jahrg S. 35), Reschs (Jahrg. 9 S. 457) und Splie Anregungen (Jahrg. 9 S. 277) sind auf stein Boden gefallen, und noch immer ist Splie Mahnung beherzigenswert: „Hüten wir uns, Verbesserung unserer Zukunft nur in gewi Diensterleichterungen für alternde Ärzte suchen!"

Die Ernennung zum Direktor erfolgt n wunschgemäß, nach der Reihenfolge des Di alters. Berücksichtigt man Reins oben a führte Bemerkungen und die Ergänzungen, die gegeben sind, so muß man sich doch fragen, sollen denn nun die wirklich großzügigen Nat und ärztlichen Persönlichkeiten herkommen, sie für die Leitung einer Irrenanstalt benötigt den, wirklich großzügige Naturen, wie sie dustrie, Technik, Handel, aber auch sonst die dizin hervorbringt. Ohne solche Naturen an Spitze, ohne wirklich innerlich freie Ärzte Ärztestabe läßt sich eben eine wirklich bef gende Lösung der Anstalts- und Standesfr nicht herbeiführen. Wie soll man das aber änd Wir haben nun einmal die großen Anstalten, müssen mit den durch sie gegebenen Verhältni rechnen, daß sie, da ein Direktor sie kaum ü sehen kann, immer wieder zur Schaffung von gesetztenstufen anreizen, und schließlich, Schlimmste, das Bestreben nach immer grö Verbeamtung weiterer Volksschichten, das nicht mal vor dem freien Ärztestand halt macht. nun einmal im Zuge der Zeit.

Aus meiner Stellung zur Frage des Bea tums überhaupt, die ich als eine psychologische psychoanalytische Frage auffasse, geht hervor, ich auch Betriebsleiter, welche Stellung sie neben oder unter dem Direktor einnehmen m die aus dem heutigen Beamtentume hervorg eben deswegen in der Mehrzahl nicht für die gabe, eine große Anstalt zu leiten, geeignet h würde, weil auch im Beamtentum infolge nega Auslese wirklich großzügige Naturen nur selten gefunden werden könnten. Auf diesen P nicht gleich von vornherein aufmerksam gem zu haben, mag ein Fehler von mir gewesen

Nach Abschluß dieses Aufsatzes sind die „R linien" des Reichsverbandes herausgegeben den. Vieles von dem hier Angedeuteten wird dort wiederfinden. Man kann nur hoffen, daß dort Niedergelegte recht bald Wirklichkeit den möge. Das würde einen großen Schritt wärts bedeuten.

[4]) Vgl. dazu Neißer (diese Wochenschr. IX. Jahrg. S. 80): „Die Zeit, da die Anstalten selbst zugleich die wesentlichen Bildungsstätten für die Psychiater waren, ist längst, und wohl für immer vorüber" und die Erörterung, die sich an Breslers Aufsatz (diese Zeitschr. XI. Jahrg. S. 223) anschloß.



Erwiderung

uf Kafkas „Bemerkungen" zu meiner Arbeit „zur Sachs-Georgi-Reaktion" in Nr. 31/32 ds. Wochenschr.

Von Dr. **Fehsenfeld,** Neuruppin.

Es ist mir bekannt, daß das diagnostische Geltungsgebiet der Wassermann-Reaktion und S.-i.-R. sich nicht vollkommen decken; dennoch ist n allgemeinen die Reaktionsbreite bei der S.-G.-R. ine größere, als bei der W.-R. Das wird von den ieisten Autoren anerkannt.

Wenn ich also mit Rücksicht darauf in meiner ,rbeit sage, die S.-G.-R. vermag die W.-R. zu eretzen, so sollte das so verstanden werden, daß die berragende Stellung der W.-R. unter den Syphilis-eaktionen nicht mehr in dem bisherigen Sinne beteht, daß eher der S.-G.-R. dieser Platz gebührt. :eineswegs sollte die W.-R. damit überhaupt als berflüssig ausgeschaltet werden.

Wenn aber eine positive S.-G.-R. vorliegt und ie Diagnose auf Lues stützt, so vermag eine egative W.-R. an der Diagnose nicht zu rütteln, enn diese sagt ja nichts gegen das Bestehen iner luetischen Erkrankung.

Fällt die S.-G.-R. negativ aus, dann wird man selbstverständlich die W.-R. unter allen Umständen anstellen müssen.

Es ist auch gesagt worden, daß die S.-G.-R. vielleicht viel zu empfindlich ist, vielleicht noch Immunitätserscheinungen anzeige, die mit einer bestehenden Infektion nichts mehr zu tun haben. Das müßte erst nachgewiesen werden; es würde dagegen die Tatsache sprechen, daß bei zahlreichen, frischen, energisch behandelten Luesfällen nicht allein die W.-R., sondern auch die S.-G.-R. tatsächlich zum Verschwinden gebracht wird. Daraus läßt sich schließen, daß mit Aufhören der Infektion auch die S.-G.-R. verschwindet.

Wie ich den „Ersatz" der W.-R. durch die S.-G.-R. auffaßte, geht auch aus dem Schlusse meiner Arbeit hervor, wo es heißt: „Wir sind bisher gewöhnt, die W.-R. als die beherrschende Syphilisreaktion anzusehen. . . . Die S.-G.-R. eignet sich dazu besser, nicht zum wenigsten aus dem Grunde, weil sie viel einfacher anzustellen ist."

Mitteilungen.

— **Die „Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen"** hat sich veranlaßt gesehen, die egen eine Anzahl von Wiener Neurologen, „welche die 'aradisierung als Behandlungsmethode angewendet haen", erhobenen Beschuldigungen zum Gegenstand eines ffentlichen Verfahrens zu machen, das — man mag den ormalen Unterschied noch so sehr betonen — einer richgen Gerichtsverhandlung zum Verwechseln ähnlich war. laß die Anwendung der Faradisierung als Behandlungserfahren in die Kompetenz einer Kommission zur Erebung militärischer Pflichtverletzungen gehört, ist wohl ine vollkommene Überraschung. Man sollte meinen, aß vor allem diejenigen sich einer militärischen Pflichterletzung schuldig gemacht haben und vor das Forum ieser Behörde gestellt werden sollten, die durch grobe imulation von Neurosen sich dem Dienste entzogen, der jene, die so stark im Banne ihrer Abneigung vor er allerdings mit Opfern einhergehenden Pflichterfüllung tanden, daß dies schließlich auch physisch in gewissen unktionellen Störungen zum Ausdruck kam. Statt aber or allem diese pflichtvergessenen Schädlinge zur Verntwortung zu ziehen und dem öffentlichen Urteil preisugeben, hat man die Ärzte an den Pranger gestellt, welhe — wie es in dem offiziellen Bericht der Kommission vörtlich heißt — die Faradisierung als Behandlungsnethode angewendet haben. Hat denn — so muß man ich staunend fragen — diese Kommission gar keine Mögchkeit gehabt, sich zunächst sachliche Informationen zu verschaffen und mußte sie erst in öffentlicher Sitzung darüber belehrt werden, daß die Faradisation wohl ein altbewährtes therapeutisches Verfahren, aber keine militärische Pflichtverletzung darstellt und daß die Ärzte erst dann sich einer militärischen Pflichtverletzung schuldig gemacht hätten, wenn sie es unterlassen hätten, mit allen gebotenen Mitteln ihrer Kunst die Schwindler zu entlarven und die Pflichtvergessenen auf den richtigen Weg zurückzuführen. Es ist ihnen dies oft schwer genug geworden und sie hatten keine geringe Selbstüberwindung aufzubringen, wenn sie auf Kosten der wirklich Kranken und der dringend hilfsbedürftigen Opfer des Krieges sich mit diesen Elementen abmühen mußten. Die nachträgliche, noch so wortreiche Rehabilitierung der Ärzte ist vollständig bedeutungslos. Sie standen bei ihren Kollegen und dem urteilsfähigen Teil des Publikums zu hoch im Ansehen, um dessen zu bedürfen. Aber der Moment, wo man dieses hochnotpeinliche Verfahren glaubte durchführen zu sollen, konnte nicht schlechter gewählt werden. Denn mehr als je sollten behördliche Organe gerade im gegenwärtigen Augenblick darauf bedacht sein, jedwede unbegründete Erschütterung des Vertrauens zu den Ärzten ängstlich zu meiden. Mit derlei öffentlichen Bloßstellungen und Untersuchungen, die das Objekt verfehlen, wird dem allgemeinen Wohle wahrlich kein Dienst erwiesen. A. F. (Aus: Wien. klin. Wochenschr. Nr. 45 vom 4. November 1920).

Ob Herr Kollege Vincent in Tours (Frankreich),



Direktor der neurologischen Lazarettstation, der das in Rede stehende Verfahren zuerst angewandt und eingeführt hat und damit bis 1916 bereits 10 000 Soldaten geheilt und frontverwendungsfähig gemacht haben soll, auch vor einen Gerichtshof gezogen worden ist (vgl. Psych.-neur. Wochenschr. 1917-18 Jahrg. XIX S. 103)? Dort wurde ein Soldat, der sich der Behandlung widersetzte, gerichtlich verurteilt.

Buchbesprechungen.

— Lehmann, Prof. Dr. K. B., Direktor des Hygienischen Instituts in Würzburg, und Prof. Dr. med. et phil. R. O. Neumann, Direktor des Hygienischen Instituts in Bonn: Atlas und Grundriß der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. Teil I: Atlas. 79 Tafeln mit Erklärungen. 1919. Teil II: 847 S. Text. 1920. Sechste Auflage; durch einen Nachtrag ergänzter Neudruck der fünften Auflage. Lehmanns medizinische Handatlanten. Bd. X. München, J. F. Lehmanns Verlag. Preis der zwei Bände zusammen 60 M, dazu der derzeitige Sortimentszuschlag.

Es ist höchst erfreulich, daß dieser beliebte Atlas und Grundriß wieder erschienen ist. Daß das wesentliche Ergebnis der Forschungen seit der fünften Auflage in Form eines Nachtrags (etwa 80 S.) angeschlossen wurde, ist eigentlich nicht unzweckmäßig; man kann dabei besser die neuesten Funde und Ansichten verfolgen und von den älteren gesondert betrachten. Dabei ist besonders denjenigen Krankheitserregern ein weiterer Raum gewidmet, die auch die Anstalten und Anstaltsärzte sehr interessieren, wie Typhus-, Paratyphus-, Ruhr- und Tuberkuloseerreger. Beachtenswert sind die neuesten Mitteilungen über Paratyphusbazillenträger (S. 776). Die Erfahrungen mit Ruhrschutzimpfung werden sehr verschieden beurteilt (S. 772). Die Entkeimung der Typhusbazillenträger ist noch nicht mit sicherem Erfolg erreichbar (S. 769). Der Textteil entspricht selbst den weitgehendsten Ansprüchen derer, die tiefer in das Studium der Bakteriologie eindringen wollen, der Bildteil zeichnet sich wie früher durch tadellose, höchst instruktive und naturtreue Abbildungen, fast nur farbige, aus. Überhaupt ist die ganze Ausstattung durchaus friedensmäßig, d. h. wie in der alten Friedenszeit.

Das Buch wird seinen Weg nehmen, obgleich heute „freie Bahn dem Tüchtigen" nicht gilt, was auch nicht nötig ist, denn das Wesen des Tüchtigen ist es, sich die freie Bahn selbst zu schaffen! Bresler.

Therapeutisches.

— **Zur Behandlung der akuten nichtkomplizierten männlichen Blennorrhöe mit Choleval.** Von Dr. Ir... Gutmann. Med. Klinik 1919 Nr. 30.

Die übliche Injektionsbehandlung, dreimal täglich 10 ccm $^1/_4$, $^1/_2$, $^3/_4$ bis 1 prozentige Cholevallösung, wurde fast ausnahmslos ohne subjektive und objektive Reizerscheinungen ertragen. Nur bei 1 prozentigen Lösungen wurde manchmal über geringes brennendes Gefühl geklagt, das auf Zusatz von 2 bis 4 v. H. Antipyrin völlig verschwand. Schon anfangs der zweiten Woche wurde der profuse Ausfluß bedeutend geringer, nahm allmählich schleimig-seröse Beschaffenheit an und verschwand Ende der dritten oder vierten Woche ganz. Bei den mikroskopischen Untersuchungen zeigte sich, daß die hauptsächlich intrazellulär gelagerten Gonokokken durchschnittlich um den elften Behandlungstag herum verschwanden, ebenso die anfangs das Gesichtsfeld beherrschenden Eiterkörperchen, und daß die zuerst nur spärlichen epithelialen Elemente an Zahl zunahmen, und schließlich allein das Gesichtsfeld auszufüllen.

Personalnachrichten.

— **Waldheim,** Sachsen. Reg.- und Med.-Rat Direktor Dr. Wendt von der Landesheilanstalt Leipzig-Thonberg, wurde zum Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Waldheim ernannt.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



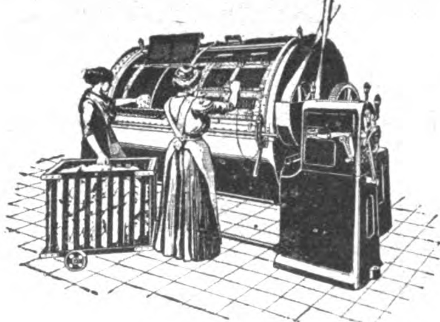
Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 39/40. 1920/21.

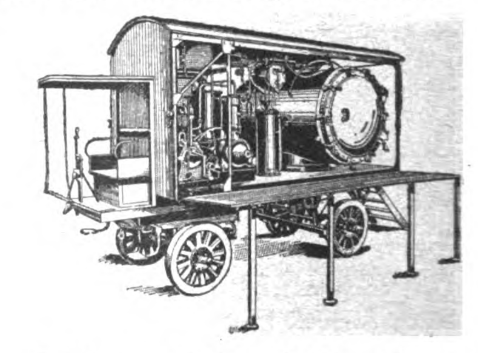
Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



J. Steigerwald u. Comp. Heilbronn a. N.
Natürliche Fruchtsäfte gesüßt und ungesüßt.
Für die Limonadenfabrikation:
Essenzen — Grundstoffe — Sirupe
aller Geschmacksrichtungen.
Grundstoffe für alkoholfreie Heißgetränke
mit punschähnlichem Geschmack.
Nur erstklassige, preiswerte, überall bewährte Erzeugnisse.
Man verlange ein Angebot Nr. 20.
JSCO
FABRIK-
MARKE





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.
Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. K. Alt Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. Beyer, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. Bleuler, Zürich, San.-Rat Dr. Deiters, Düren, San.-Rat Dir. Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dir. Dr. Fischer, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. Friedländer, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. Herting, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. Ilberg, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. Kluge, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. Lehmann, Hartheck, Geh. San.-Rat Dr. Mercklin, Treptow a. R., Dir. Dr. v. Olah, Budapest, Prof. Dr. A. Pilcz, Wien, Reg.-Rat Dr. H. Schlöß, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. E. Schultze, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen, Reg.-Rat Dr. Starlinger, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. Vocke, Eglfing b. München, Prof. Dr. H. Vogt, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. L. W. Weber, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et phil. W. Weygandt, Hamburg.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 39/40. 1. Januar **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jede Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Kann im Disziplinarverfahren eine Beobachtung des Angeschuldigten gemäß § 81 StPO. stattfinden?

Von Professor Dr. **Hübner**, Oberarzt der psych. Klinik, Bonn.

...nser preußisches Disziplinarrecht, das jetzt fast ...siebzig Jahr alt ist, entspricht nicht mehr den ...ute zu stellenden Anforderungen. Seine Aus...ung hat von jeher zu unliebsamen Auseinander...zungen Anlaß gegeben. Strittig war insbes. die ...age, wie weit die Bestimmungen der StPO. im ...sziplinarverfahren Anwendung finden durften. ...er die Zwangsmaßregeln, welche die ...PO. vorsieht, zu denen auch die Beobachtung ...näß § 81 gerechnet wurde, herrschte die An...ht vor, daß solche nicht angewendet werden ...ften. Nur Peters (Goldtammers Arch. Jg. ... S. 209) äußerte zuerst die gegenteilige Mei...ng.

Von juristischer Seite ist darauf hingewiesen ...rden, daß mit einer Anstaltsbeobachtung ein ...gerechtfertigter Eingriff in die persönliche Frei...t verbunden sei, eine Maßnahme, die sich mit ... Würde eines Beamten nicht in Einklang brin...n lasse.

Dieser Auffassung ist von psychiatrischer Seite aus zweierlei entgegenzuhalten:

1. Zunächst ist festzustellen, daß es nicht selten Fälle gibt, in denen eine Beobachtung im Disziplinarverfahren unbedingt nötig ist.

Aus den Begutachtungen der letzten Jahre, die ich ausgeführt habe, seien nur folgende Fälle angegeben:

a) Ein Landgerichtsrat, der als Untersuchungsrichter sich ganze Serien von Inkorrektheiten und Auffälligkeiten zu schulden kommen ließ, dabei jede ärztliche Untersuchung verweigerte. Wahrscheinliche Diagnose: Manie.

b) Ein Amtsrichter (Grundbuch, Fürsorgeerziehung, Entmündigung), der zu Terminen nicht erschien, die mittleren Beamten verfügen ließ, in der Öffentlichkeit auffiel, zweimal wegen Trunkheitsdelikten bestraft wurde. Diagnose: Alkoholismus.



c) Eine Lehrerin, die die ihr anvertrauten Kinder übermäßig züchtigte. (Hysterie.)

d) Eine Lehrerin, die stahl (Hysterie mit sexuellen Motiven).

e) Ein Lokomotivbeamter, der sich Unbotmäßigkeiten zu schulden kommen ließ und die Fahrzeiten nicht inne hielt (letzteres, wie sich später herausstellte, infolge von Sinnestäuschungen. Dementia paranoides?).

Gelegentlich haben sich die Angeschuldigten bereit erklärt, sich beobachten zu lassen (so c und e). Wo das aber nicht geschieht, ist es absolut notwendig, eine zwangsweise Beobachtung durchzuführen, denn es ist ein Ding der Unmöglichkeit, lediglich aus formalen Gründen geisteskranke Richter oder Lokomotivbeamte und ähnliche Persönlichkeiten zum Schaden der Öffentlichkeit amtieren zu lassen. Erkennt das Disziplinargericht andererseits auf Dienstentlassung, ohne die Schuldfrage zu klären, so geschieht dem Angeschuldigten ein Unrecht.

2. Es muß scharf betont werden, daß eine Anstaltsbeobachtung nicht einer Verhaftung oder zwangsweisen Vorführung gleichzusetzen ist. Mit einer Beobachtung braucht — trotz des Anstaltsaufenthaltes — eine wesentliche Beeinträchtigung der Freiheit überhaupt nicht verbunden zu sein. Der Aufenthalt auf einer Pensionärabteilung ist außerdem keinesfalls der Untersuchungshaft gleichzusetzen. Anstalten sind Krankenhäuser. Ein Krankenhausaufenthalt ist nicht entehrend oder schimpflich.

Kein vernünftiger Arzt wird einen ruhigen Mann, bei dem der Zweck der Beobachtung durch Ausgänge in die Stadt nicht beeinträchtigt wird, den ganzen Tag in der Anstalt festhalten oder den Verkehr mit Angehörigen und Freunden einschränken.

Auch die Korrespondenz, bzw. der mündliche Verkehr mit dem Verteidiger, ist in der Anstalt möglich.

In richtiger Würdigung solcher Gesichtspunkte hat das Kammergericht in einem von mir begutachteten Falle den nachstehenden Beschluß erlassen, den ich hier wiedergebe, weil er auch eine ausführliche juristische Begründung der Maßnahme bringt:

Beschluß:

In dem Disziplinarverfahren gegen den Amtsgerichtsrat Dr. jur. H. H. in N. hat der Große Disziplinarsenat des Königlichen Kammergerichts in Berlin in der Sitzung am 4. Dezember 1917 nach Anhörung des Oberstaatsanwalts beschlossen:

1. Die Beschwerde des Angeschuldigten gegen den Beschluß des Disziplinarsenats des Königlichen Oberlandesgerichts in Frankfurt a. M. vom 21. September 1917 wird als unbegründet verworfen.
2. Der Antrag des Angeschuldigten auf Verweisung der Sache an einen anderen Disziplinarsenat wird als unbegründet zurückgewiesen.
3. Die baren Auslagen des Verfahrens werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Gründe:

Nachdem gegen den Angeschuldigten auf den Antrag des Oberstaatsanwalts in Frankfurt a. M. vom 1. Dezember 1916 durch Beschluß des Disziplinarsenats des Königlichen Oberlandesgerichts in Frankfurt a. M. vom 6. Dezember 1916 unter Amtsenthebung des Angeschuldigten gegen ihn das förmliche Disziplinarverfahren eröffnet worden war, wegen einer Reihe von Anschuldigungspunkten, die als unwürdiges Verhalten in und außer dem Amte mit der Folge des Verlustes der Achtung, des Ansehens und des Vertrauens, die sein Beruf erfordert, und als Verletzung der Pflichten, die ihm sein Amt auferlegt, ausgesprochen sind, hat der mit der Führung der Untersuchung beauftragte Richter nach Erhebung von Zeugenbeweisen den Prof. Dr. H. in Bonn um die Erstattung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten ersucht. Der Befragte hat, ohne sich gutachtlich zur Beweisfrage zu äußern, weitere Ermittlungen angeregt. Ihm ist dann die Frage vorgelegt worden, ob er den Antrag aus § 81 StPO. auf Beobachtung des Angeschuldigten in einer öffentlichen Irrenanstalt auf die Dauer von höchstens sechs Wochen stellen wolle. Er hat am 23. Mai 1917 diesen Antrag gestellt. Der Oberstaatsanwalt in Frankfurt a. M. hat den gleichen Antrag zur Beschlußfassung seitens des dortigen Disziplinarsenats bei diesem am 30. Mai 1917 gestellt.

Der Beschuldigte hat der Unterbringung widersprochen.

Der Senat hat nach zeitweiser Rückgabe der Akten an den Untersuchungsrichter zwecks Versuchs weiterer Ermittlungen über den Geisteszustand auf anderem Wege beschlossen: Der Angeschuldigte ist zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand auf die Dauer von längstens sechs Wochen in eine öffentliche Irrenanstalt zu bringen und dort zu beobachten.

Der Beschluß ist dem Angeschuldigten und ebenso seinem Verteidiger, dem Rechtsanwalt Dr. B. in N. am 12. Oktober 1917 zugestellt.

Drahtlich haben beide gemeinschaftlich am 13. Oktober 1917 bei dem Gericht erster Instanz gegen den Beschluß Beschwerde eingelegt und diese Beschwerde hat der Verteidiger in einem Schriftsatze vom gleichen Tage, eingegangen ebendort am 25. Oktober, wiederholt. Beide haben ferner drahtlich den am 17. Oktober eingegangenen Antrag auf Verweisung des Verfahrens an ein anderes Oberlandesgericht hierher gestellt und der Verteidiger hat diesen Antrag im Schriftsatz vom selben Tage, eingegangen am 18. Oktober, wiederholt



Gestützt ist dieser Antrag auf § 21 Abs. II des Gesetzes vom 7. Mai 1851.

Die nähere Begründung für die Beschwerde und für den Verweisungsantrag ist in dem Schriftsatze vom 17. Oktober, eingegangen am 19. Oktober, gegeben.

Die Beschwerde ist, wenn die angefochtene Entscheidung wegen entsprechender Anwendbarkeit der Bestimmungen des § 81 StPO. überhaupt zulässig war, in der für die sofortige Beschwerde vorgeschriebenen Frist und formgerecht erhoben. Da es sich ferner um eine Entscheidung im Vorverfahren handelt, ist durch § 347 StPO. der Beschwerdeweg hier nicht verschlossen (Löwe-Rosenberg, Note 2 zu § 347).

Der erste Richter bejaht die entsprechende Anwendbarkeit des § 81 StPO. im Disziplinarverfahren nach Maßgabe des Gesetzes vom 7. Mai 1851. Hiergegen richten sich vor allem die Angriffe des Beschwerdeführers, und zwar ohne Erfolg. Daß die Bestimmungen der StPO. zur Ergänzung von Lücken in den preußischen Disziplinargesetzen entsprechend heranzuziehen sind, darüber herrscht in Wissenschaft und Rechtsprechung volle Einhelligkeit, wie auch mit Rücksicht auf Begründung und Inhalt des Gesetzes vom 9. Juli 1879 betreffend die Abänderung von Bestimmungen des Disziplinarverfahrens nicht in Zweifel gezogen werden kann. Die ergänzende Heranziehung findet ihre Grenze, wie in gleicher Weise allgemein anerkannt wird, in einem etwaigen Widerspruche mit den Bestimmungen der Disziplinargesetze und deren Sinn und der eigentlichen Natur und dem besonderen Zwecke des Disziplinarverfahrens. Die Begründung zum Gesetze von 1879 spricht von einer ergänzenden Anwendung, soweit dieselben — d. h. die Bestimmungen der StPO. — mit dem Wesen und Zwecke des Disziplinarverfahrens vereinbar sind. Streitig ist und kann nur sein, ob auch § 81 StPO. ergänzend heranzuziehen ist oder nicht.

Im § 81 handelt es sich um die Ausübung eines Zwanges gegen den Angeschuldigten zwecks Herbeiführung einer Feststellung über die Strafbarkeit von Handlungen. Bis zum Jahre 1896 ist in der Rechtsprechung mangels Widerspruchs in der Wissenschaft kein Bedenken getragen worden, die Ausübung eines solchen Zwanges, ebenso wie die Anwendung sonstiger gegen die persönliche Freiheit des Angeschuldigten gerichteter Zwangsmaßnahmen für unanwendbar im Disziplinarverfahren zu erklären. So wird in der Entscheidung des Staatsministeriums vom 25. Februar 1895 — Beschluß St. M. 644 — ausdrücklich bemerkt: „eine zwangsweise Unterbringung des Angeschuldigten in einer Irrenanstalt (nach Analogie des § 81 der Reichsstrafprozeßordnung) erschien unzulässig, da in dem Disziplinarverfahren überhaupt jeder Zwang gegen den Angeschuldigten (wie Verhaftung und Vorführung) ausgeschlossen ist." Erst der in Goldtammers Archiv Band 44 S. 209 ff. Jahrgang 1896, veröffentlichte Aufsatz des damaligen Kammergerichtsrats Dr. Peters hat eine Änderung insofern mit sich gebracht, als von den Kommentaren zum Reichsbeamtengesetz vom 31. März 1873/18. März 1907 Perels-Spilling sich nach dem Vorgange Peters für die Anwendbarkeit ausgesprochen haben (Aufl. 2 S. 194), während Schulze (S. 260) sich ohne nähere Begründung dagegen ausspricht. Die Bearbeiter der preuß. Gesetzgebung v. Rheinbaben (2. Aufl. S. 382 Anm. 5) und Brand (Beamtenrecht S. 3732, S. 544 Anm. 2 und S. 758 Anm. 15) erklären die Anwendung des § 81 StPO. für unvereinbar mit dem Sinne der Gesetze. In der Rechtsprechung ist, soweit ersichtlich, in der Folgezeit keine Stellung hierzu genommen, weder für das preußische Recht noch für das Reichsrecht.

Im Ergebnisse ist den Ausführungen des Petersschen Aufsatzes beizupflichten. An sonstigen Zwangsmitteln gegen den Angeschuldigten nennt die Strafprozeßordnung einmal die Untersuchungshaft, Festnahme und Vorführung und sodann die Beschlagnahme und Durchsuchung. Die Rechtsprechung (Urteil des Reichsgerichts vom 13. Juni 1884, Entsch. in Str. S. 10. S. 445) geht in vollem Einklange mit der Wissenschaft (Brand, Beamtenrecht S. 394 und dort angeführte) davon aus, daß die Zwangsmittel der Beschlagnahme und Durchsuchung auch im Rahmen der Disziplinargesetze zulässig sind, und zwar des reichsrechtlichen sowohl wie der landesrechtlichen, obwohl in § 94 Abs. II des Reichsgesetzes die Verhaftung, vorläufige Festnahme oder Vorführung des Angeschuldigten für unzulässig erklärt ist.

Für die Entscheidung über die Anwendbarkeit des § 81 StPO. im Disziplinarverfahren vom 7. Mai 1851 wird es also darauf ankommen, welcher Gruppe unter den Zwangsmitteln dieses eine des § 81 anzugliedern ist.

Die Entstehungsgeschichte des Disziplinarverfahrens gibt weder unmittelbar noch mittelbar einen Anhalt. Eine dem § 81 StPO. entsprechende Bestimmung war den bis zum 1. Oktober 1879 geltenden Strafprozeßordnungen unbekannt, konnte somit auch nicht Gegenstand der Erörterung zu den bereits erlassenen Disziplinargesetzen werden. Der Umstand, daß das Reichsgesetz in der Fassung vom 18. Mai 1907 eine neue Veröffentlichung gefunden hat, scheidet ebenfalls als unwesentlich aus, weil diejenigen Änderungen, um derenwillen die Veröffentlichung des Gesamtgesetzes erfolgte, das Gebiet des Disziplinarverfahrens nirgends berühren und somit kein Anlaß gegeben war, zur Tragweite der Einzelbestimmungen aus diesem Sondergebiete des Gesetzes irgendwie Stellung zu nehmen. Wenn bis zum Jahre 1896 ohne Widerspruch in der Wissenschaft die Unterbringung gemäß § 81 StPO. der im § 94 des Reichsgesetzes behandelten Gesetze angegliedert worden ist, so ist die Ursache in dem rein äußerlichen Umstande zu suchen, daß sie ihrem Wesen nach einen Eingriff in die Freiheit des Angeschuldigten enthält, wie diese. Die Unrichtigkeit einer solchen rein äußerlichen Gleichstellung wird jedoch offenbar, wenn auf die Ziele der Rechtspflege und das Verhältnis der Zwangsmittel zur Erreichung dieser Ziele näher eingegangen wird. Hier wird sofort offenbar, daß Verhaftung, Festnahme und Vorführung für die Zwecke des Disziplinarverfahrens ausscheiden mußten. Die Vorführung hat den Zweck, die Durchführung der Verhandlungen zu ermöglichen; im Disziplinarverfahren bedarf es jedoch der Anwesenheit des Angeschuldigten



nicht und, wenn die Anwesenheit angebracht erscheint, so ist der Nachteil des Ungehorsams besonders geregelt durch die Möglichkeit der Ausschließung des Verteidigers nach entsprechender Androhung (§ 102 des Reichsgesetzes, § 62 Ges. v. 7. Mai 1851).

Ebensowenig besteht ein Grund, sich der Person des Angeschuldigten im Disziplinarverfahren zu sichern. Verbirgt sich dieser oder versucht er den Tatbestand zu verdunkeln, so liegen darin weitere Verfehlungen, die lediglich zu ungunsten des Angeschuldigten die Entscheidung beeinflussen würden, da der Hereinbeziehung weiterer, erst im Laufe des Verfahrens sich offenbarender Anschuldigungspunkte zum Zwecke der schließlichen Aburteilung nichts entgegensteht. Übrigens liegt es nahe, daß bei der Verhaftung und deren Ablehnung als zulässigen Zwangsmittels lediglich Wert auf den Hauptfall des Fluchtverdachtes gelegt ist, und hier würde nach den Bestimmungen des Reichsgesetzes (§ 14 Abs. III) wie der preußischen Gesetze (§ 7 des Ges. vom 7. Mai 1851, § 8 des Ges. vom 21. Juli 1852) schon durch die Gehaltseinbuße eine hinreichende Sicherung gegeben sein, da ja abgesehen vom Verluste des Titels neben dem Verluste des Amtes nur der völlige oder teilweise Verlust des Einkommens aus der Beamtentätigkeit Gegenstand der Bestrafung sein kann. Außerdem würde bei unerlaubtem Fernbleiben vom Amte über den Zeitraum von acht Wochen hinaus die Dienstentlassung verwirkt sein (§§ 8 bzw. 9 der preußischen Gesetze).

Die gleichen Erwägungen gelten naturgemäß auch bezüglich des Zwangsmittels der Festnahme.

Der Absatz II des § 91 des Reichsgesetzes bringt hiernach nur zum Ausdruck, was sich bei sinngemäßer Auslegung der Disziplinargesetze von selbst ergibt. Die Regierungsvorlage hatte denn auch ursprünglich eine entsprechende Vorschrift überhaupt nicht enthalten. Lediglich in dem Zusammenhange, daß bei den Verhandlungen mit Rücksicht auf die in Teilen des Reiches geltenden Bestimmungen des gemeinrechtlichen Untersuchungsprozesses betont wurde, der Angeschuldigte brauche in der Voruntersuchung nicht zu erscheinen und eine Versicherung seiner Person sei nicht gestattet, ist dann bei der wiederholten Vorlegung des Gesetzentwurfs dieser Satz eingeschaltet worden (Kanngießer zu § 94, insbesondere S. 193).

Irgendwelche Gründe, um deretwillen auch das Zwangsmittel der Unterbringung gemäß § 81 StPO. für die Ziele und Zwecke des Disziplinarverfahrens entbehrlich erscheinen könnte, sind dagegen nicht ersichtlich. Im Gegenteil ist die Feststellung der Zurechenbarkeit der den Gegenstand der Untersuchung bildenden Taten für das Disziplinarverfahren ebenso wesentlich, wie für das gewöhnliche Strafverfahren. Zutreffend führt hier der angefochtene Beschluß aus, es sei nicht angängig und mit den besonderen Zwecken des Disziplinarverfahrens nicht vereinbar, daß ein Beamter, der im Falle seiner Zurechnungsfähigkeit vielleicht Dienstentlassung zu erwarten hätte, im Amte belassen wird, bloß weil es an einem Mittel fehle, die Frage der Zurechnungsfähigkeit einwandfrei zu entscheiden. In der Tat geben die Disziplinargesetze keine Grundlage, gegen den Will des Angeschuldigten diese für das weitere Verfahr ausschlaggebende Feststellung zu treffen. Es muß de halb auf die allgemeinen Normen der Strafprozeßordnu hinübergegriffen werden, und soweit diese, außerha des Disziplinargesetzes liegende, Rechtsordnung ne Wege zur Erforschung der Wahrheit eröffnet, müss diese auch für die Verfolgung im Disziplinarverfahren z gänglich sein. Davon geht die Begründung zum Geset vom 5. Juli 1879 aus; auch die neu eingeführten B stimmungen, die den bisherigen Prozeßordnungen frei waren, sollen, wie oben schon bemerkt, sinngemäß gänzende Anwendung finden.

Mit Recht hat ferner schon der angefochtene B schluß auf die Stellung des § 81 im Zusammenhange Bestimmungen der Strafprozeßordnung hingewies Der § 81 hat Aufnahme gefunden im Abschnitte „Sa verständige und Augenschein", will also eine Anleitu über die Benutzung von Beweismitteln geben und st außerhalb allen Zusammenhanges mit einer Sicher der Sühne. Beschlagnahme und Durchsuchung, d. diejenigen Zwangsmaßregeln, die im anschließenden A schnitte 8 behandelt werden, gehen ihrem Ziele na zwar auch in erster Reihe auf die Beschaffung v Beweismitteln, doch tritt daneben, wie aus der Sic rung der Einziehung von Gegenständen hervorgeht, reits der weitere Zweck der Erleichterung der Strafv streckung hervor. Im anschließenden, die Verhaftu und vorläufige Festnahme behandelnden Abschnit wird die Sicherung der Vollstreckung nächstes Z Wenn hiernach die Unterbringung des § 81 ihrem in ren Wesen nach einer der beiden Gruppen von Zwan maßregeln angegliedert werden soll, so kann das nur diejenige der Beschlagnahme und Durchsuchung se die wenigstens ihrem Hauptziele nach ebenfalls der B schaffung von Beweismitteln dienen, also an diejen Gruppe, bei der die Zulässigkeit der Anwendung Disziplinarverfahren allgemein anerkannt ist.

Das Ergebnis bleibt also dies, daß der bei Unterbringung gegen den Willen des Angeschuldig unvermeidliche Eingriff in die persönliche Freiheit le lich eine zufällige, rein äußerliche Ähnlichkeit mit die Versicherung der Person bezweckenden Maßnahm der Verhaftung, Festnahme und Vorführung herbeifü seinem inneren Wesen nach aber als ein andere Z erstrebendes und für die Durchführung des Disziplin verfahrens unentbehrliches Beweismittel für genau zulässig zu erklären ist, wie die Beschlagnahme Durchsuchung.

Die Gegenausführungen des Beschwerdeführ ändern an diesem Ergebnisse nichts. Es ist zwar rich daß die Allgemeinheit an einer Durchführung des Di plinarverfahrens kein Interesse hat; wohl aber liegt im Sonderinteresse des Standes, daß die Zurechnun fähigkeit eines Mitglieds, wenn sie in Zweifel gezo wird, zweifelsfrei dargetan oder widerlegt wird. W der Beschwerdeführer weiter auf die Möglichkeit sch licher seelischer Einwirkungen hinweist, so ist nicht sichtlich, inwiefern hieraus die Unanwendbarkeit

littels im Disziplinarverfahren gefolgert werden dürfte. las Mittel ist nun einmal gegeben, und die Zugehörigkeit u dem einen oder andern Stande kann wegen der Anendbarkeit keinen Unterschied machen. Es ist schließch eine willkürliche Unterstellung, daß das Mittel bloß inen Schutz gegen Simulation gewähren solle. Der bgeordnete Lasker hat im Gegenteil hervorgehoben, daß s ebenso zugunsten des Angeschuldigten nicht entehrlich sei (Hahn, Mat. zur StPO. 2. Aufl., II, S. 1257 f).

Die sonstigen Ausführungen des Beschwerdeführers eruhen auf Besonderheiten des vorliegenden Falles nd scheiden bei Beantwortung der Frage der rechtchen Zulässigkeit des Zwangsmittels von selbst aus, ɔgesehen davon, daß sie die einseitige Auffassung nes Angeschuldigten über Sach- und Rechtslage entalten.

Rechtlich ist hiernach dem angefochtenen Beschlusse ahin beizupflichten, daß die Bestimmung des § 81 tPO. auch für das Disziplinarverfahren des Gesetzes ɔm 7. Mai 1851 volle Geltung hat.

Der zur Anwendung im vorliegenden Falle erforderche Antrag eines Sachverständigen ist vorhanden, die taatsanwaltschaft ist gehört und die Bestellung eines erteidigers erübrigt sich, da ein solcher bereits geeldet und tätig war. Es war also in das Ermessen es Disziplinarsenats gestellt, ob die Unterbringung geɔten ist oder nicht. Die Entscheidung für die Unteringung entspricht der Sachlage und wird ohne Erfolg ıgegriffen.

Die Voruntersuchung hat wenigstens soviel ergen, daß es sich bei den Anschuldigungspunkten nicht n haltlose Behauptungen handelt und eine Durchführng des Disziplinarverfahrens erforderlich erscheint. ızu ist die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit nicht tbehrlich. Zweifel bestehen, wie der Sachverständge mit Recht hervorhebt. Es genügt der Hinweis, ß der Angeschuldigte nach seinem Verhalten im Jahre 96 als gemüts- oder nervenleidend angesehen, und, chdem am 22. Februar 1897 ein Gutachten dahin abgeben war, daß er dienstunfähig sei und leicht geeingefährlich werden könne, erst auf Grund eines ugnisses vom 22. Mai 1897 nach Beurlaubung seit dem August 1896 wieder beschäftigt ist. Es erfolgte eine ue Beurlaubung für die Zeit vom 16. November 1897 1. Juli 1898, während deren sich der Angeschuldigte itweise in einer Heilanstalt für Gemüts- und Nervenınke befunden hat. Er war dann wieder beurlaubt n Anfang Dezember 1899 bis 1. April 1900 und schließı im Anschluß an die Ferienbeurlaubung des Jahres 01 über zwei Jahre, nämlich bis 22. November 1903 d erhielt dann noch Nachurlaub zur Betätigung bei em Rechtsanwalt bis zum 1. März 1904. Es liegt ıe, daß die damaligen Leiden nicht ohne dauernde ıwirkung auf die Kräfte geblieben sind und damit die rgänge des Juni 1915, wo der Angeschuldigte als Graf auftrat und unterschrieb, im Zusammenhang stehen. dererseits verweigert der Angeschuldigte jede Mite zu einer Beschaffung seiner Krankheitsgeschichte l Erforschung seines gegenwärtigen Gesundheitszustandes. Hierdurch wird die Unterbringung gemäß § 81 StPO. geradezu geboten.

Der Beschwerde fehlt somit jeder Erfolg.

Unbegründet ist auch der gemäß § 21 Abs. II des Gesetzes vom 7. Mai 1851 gestellte Antrag des Angeschuldigten. Gründe, aus denen die Unbefangenheit des Disziplinarsenats in Frankfurt a. M. als des zuständigen Gerichts bezweifelt werden könnte, liegen nicht vor.

Am 29. Juni 1917 bereits hatte nach dem Inhalt der Akten dieser Senat sich dahin schlüssig gemacht, die Frage der Zulässigkeit einer Unterbringung zu bejahen, zugleich aber den Versuch zu machen, ohne diese einschneidende Maßnahme ein Gutachten zu erlangen. Es war also eine Rücksichtnahme auf den Angeschuldigten, die zu einer Verzögerung der Beschlußfassung führte. Der Umstand, daß eine Entscheidung in höherer Instanz vielleicht nicht Billigung findet, ist schon an sich zur Begründung von Zweifeln an der Unbefangenheit unanwendbar, und findet hier schon dadurch seine Erledigung, daß die Entscheidung bestätigt ist. Ähnlich verhält es sich mit dem Vorwurfe gegen die Begründung des Beschlusses. Die Hineinbeziehung des Ergebnisses der Voruntersuchung und die Würdigung dieses Ergebnisses war notwendig. Wenn dabei eine Ansicht geäußert wird, die nicht übereinstimmt mit der des Angeschuldigten und des Verteidigers, so ist dies schon an sich zur Begründung der Behauptung der Befangenheit nicht geeignet; hier ist überdies die Äußerung eingeschränkt auf die objektiven Ergebnisse, also die Person des Angeschuldigten gerade ausgeschaltet.

Wenn endlich auf den Zusammenhang Bezug genommen wird, den die Interessen der Geschwister des Angeschuldigten mit dem Disziplinarverfahren und besonders mit einer Untersuchung seines Geisteszustandes haben, so hat dieser Zusammenhang ausweislich der Akten in keiner Weise auf den Gang des Verfahrens und die Entscheidung Einfluß ausgeübt. Es handelt sich hierbei um durchaus unbegründete Mutmaßungen.

Mangels jeden Grundes, die Unbefangenheit des zuständigen Gerichts zu bezweifeln, ist der Verweisungsantrag des Angeschuldigten als unbegründet zurückzuweisen.

Die baren Auslagen des Verfahrens vor dem Großen Disziplinarsenat treffen überall den Angeschuldigten gemäß § 122 PrGKG.

Auf zwei Punkte sei nur noch kurz eingegangen:

1. Der Angeschuldigte hatte in seiner Beschwerdeschrift ausgeführt, an der Durchführung des Disziplinarverfahrens habe die Öffentlichkeit kein Interesse.

Daß diese Ansicht zum mindestens für einen Teil der Fälle unrichtig ist, zeigen die oben von mir angeführten Beispiele. Es kommt da sehr auf die Dienststellung des Betreffenden an und auf den Schaden, den er durch sein Verhalten stiftet, oder stiften kann.

2. Es wurde befürchtet, daß der Anstaltsaufenthalt eine Gesundheitsschädigung bewirken könnte. Ich entsinne mich keines Falles, in dem das geschehen wäre. Wir sehen im Gegenteil, daß die auf eine Leichtkrankenabteilung Aufgenommenen (um solche handelt es sich bei zweifelhaften Geisteszuständen doch nur) sich an ihre Umgebung überraschend leicht gewöhnen. —

Ich halte es deshalb auch für eine selbstverständliche Forderung, daß in das künftige Beamtenrecht eine entsprechende Bestimmung aufgenommen wird.

Karzinom — ein Irresein?

Von Nervenarzt Dr. **Heinrich Stadelmann,** Dresden.

Was das Wesen des Irreseins ausmacht, ist in biologisch-psychologischer Hinsicht gesteigerte und anhaltende Dissoziation zum Nachteil von weitestgehender Assoziierung zwecks Bildung von Urteil und Kritik.

Man stelle sich dabei das Psychische als einen unaufhörlich sich bewegenden Kräfteorganismus vor, gleichsam ein ausgedehntes Kraftfeld von Richtlinien, deren Ausbreitung an den Bau des nervösen Zentralapparates gebunden ist.

Ein Irrlauf von Kräften wird stattfinden, wenn dieser Bau anatomisch oder chemisch-physikalisch verändert ist. Solcher Irrlauf führt gleichsam zu Abspaltungen von Energien aus dem psychischen Gesamtkomplex: Dissoziation, die zu Zwang, Wahn, Halluzination usw. führt; Bildung von der Norm abweichender geistiger Gefüge. Die zur Kontrolle nötigen Kräfte kommen diesen abgespalteten und wie auf eigenes Konto sich betätigenden Energien nicht zu Hilfe; der Psychotische hat Kritik und Urteil eingebüßt, die der Norm mit ihrer geistigen Geschlossenheit zukommen.

Solche Betrachtung des Irreseins kann sich aber nicht auf die sensorischen Zentren allein beschränken. Ist Irrlauf von Kräften mit daraus sich ergebender Dissoziation nicht auch in anderen Zentren denkbar, wie z. B. in den trophischen?

Was wäre Folge des Irrlaufs von Kräften in Ernährungs- und Wachstumszentren des Nervensystems? Es bildeten sich von der Norm abweichende stoffliche Gefüge. Stoffwechselkrankheiten (wie Diabetes) und Wachstumsanomalien wären Symptome eines Irreseins in den vorgenannten Zentren. Karzinombildung entspräche einem Irrlauf von Richtung weisenden Kräften beim Wachstum von Zellen.

Aber es muß ein äußerer Reiz die Lokalisation des Karzinoms bestimmen? Ein Erlebnis gleichsam? Wie Ereignisse die sensorischen Zentren irritieren?

Wenn wir das Ereignis physikalisch bewerten, ist es nichts anderes als bewegte Energie. (Was uns sehen läßt — bewegter Äther; was uns hören läßt — bewegte Luft.) Es handelte sich also um Wesensgleichheiten. Nur die Einmündungsstellen der äußeren Reize, die Zentren sind verschieden und deshalb fällt die Reaktion verschieden aus.

Wenn für das Entstehen des Karzinoms eine Disposition nötig ist, so kann sie die wesensgleiche sein wie bei der (angeborenen und erworbenen) Disposition zur Psychose. Strukturveränderung und Vergiftung durch von außen zugeführte oder im Körper selbst erzeugte Gifte (auch Ermüdungsgift) werden diese Disposition zum Irrlauf von Kräften abgeben; das veränderte chemische Milieu gibt den Richtlinien im Kraftfeld eine Änderung, vergleichsweise wie beim Wachstum „vergifteter" Kristalle.

Wenn wir uns daran gewöhnen wollten, unbekannte Erscheinungen auf bekannte zurückzuführen, und wenn wir die Fülle der wahrgenommenen Einzelheiten nach ihrem Gehalt untersuchen wollten, würden wir oft einer Erkenntnis näher kommen.

Im Naturgeschehen, dem doch auch die Tätigkeit des menschlichen Geisteslebens beizuzählen ist, geht alles nach gleicher Notwendigkeit vor sich: das jeweils verschiedene materielle Milieu hat doch verschiedene Erscheinungen zur Folge.

Kann Psychologie und von ihr gestützte Psychiatrie sich nicht restlos in das allgemeine kosmische Geschehen versenken lassen?



Zur Frage der fachärztlichen Vertretung bei den Behörden.

Die in Aussicht stehende Erweiterung der Befugnisse in der Selbstverwaltung der einzelnen 'rovinzen bringt es für den Psychiater mit sich, ich bei dieser Gelegenheit besonders intensiv dem iedanken zuzuwenden, ob jetzt nicht der gegebene :eitpunkt gekommen ist, die auch vom Reichsverand ausgesprochene Forderung nach der Stellung on sog. Landespsychiatern energisch zu betreiben nd bei den einschlägigen Behörden zu vertreten. – Im Laufe der Zeiten war es endlich gelungen, ie Irrenpflege schließlich den ärztlichen Händen, ohin sie gehörte, zuzuführen. Aber nur zum Teil st gegenwärtig der fachmännisch ausgebildete rrenarzt in der Lage, die Stellung wahrzunehmen, ie ihm kraft seiner spezialistischen langjährigen orbildung gebührt; mit ganz vereinzelten, für die llgemeinheit wenig bedeutenden Ausnahmen, ruht as Dezernat für die Irrenanstalten bei den Proinzialbehörden in der Hand eines juristischen lichtfachmannes, der trotz aller sonstigen Fähigeiten und bei allem guten Willen den wissenschaftch-psychiatrischen Grundsätzen und Forderungen uf dem ihm fremden Gebiet unmöglich in der ötigen Weise als Nichtsachverständiger gerecht verden kann, und dem, so sollte man annehmen, it der Befreiung von nichtjuristischen Angelegeneiten nur entgegengekommen und ein Gefallen eleistet werden kann.

Diese Frage haben in anerkennenswerter Weise inige Provinzialbehörden bereits in Erwägung geogen und zu würdigen verstanden. Unterstützung rfuhr diese Erörterung durch die in manchen Proinzen dahingehende stattgehabte Forderung der eichsprovinzialverbände, wie dies z. B. in der heinprovinz vor etwa Jahresfrist geschehen ist: as Verlangen eines vollbesoldeten Landespsychiters aus der Reihe der beamteten Irrenärzte. Die litte erfuhr dort dadurch teilweise Erfüllung, daß eit Dezember 1919 im Landeshaus ein Oberarzt ls Hilfsarbeiter in der Abteilung für Irrenwesen eschäftigt ist.

Auch seitens der pommerschen Anstaltsärzte ist ı Übereinstimmung mit dem Reichsverband ein ntrag auf Bestellung eines fachlich gebildeten Deernenten gestellt worden. Bisher ist in Pommern in Anstaltsdirektor als fachmännischer Berater des andeshauptmanns tätig mit einer ruhegehaltsfähien Zulage von 3000 Mark.

Ebenfalls wirkt in der Provinz Brandenburg ein nstaltsdirektor als Medizinalreferent im Nebenmt, dem ein Vertreter bestellt ist in der Person ines weiteren Direktors.

Die Anfänge für den fachmännischen Dezernenten bei der Zentralbehörde scheinen also gemacht zu sein.

Es gilt nun, die sich jetzt bietende Gelegenheit wahrzunehmen und möglichst überall einheitlich auf Anstellung eines vollbesoldeten psychiatrischen Dezernenten zu dringen. Die Gelegenheit wird in derselben Form, wie sie sich in allernächster Zeit darbieten wird, voraussichtlich nicht wiederkehren. Das erstrebenswerte Ziel bedeutet, daß auf die geplante Weise die Irrenpflege unter psychiatrische Leitung käme. Nur in solcher Fassung kann sie in etwas großzügigerem Maße weiter entwickelt werden. Nachdem wir in den letzten Jahrzehnten fast ausschließlich um die Verbesserung der Anstaltspflege bemüht waren, dürfte die Aufgabe der Zukunft die sein, nunmehr die Irrenfürsorge auch außerhalb der Anstalt zu verbessern. Dieses wäre das dem Landespsychiater in erster Linie zufallende Gebiet, dem in der Entlassenen- und Psychopathenfürsorge, der fachmännischen Beaufsichtigung und regelmäßigen Untersuchung der Fürsorgezöglinge, auch der Durchmusterung der Gefängnisse, Arbeitshäuser und Strafanstalten nach Degenerierten und Geisteskranken, ferner der Beaufsichtigung der Hilfsschulen ein reiches Feld der Betätigung sich erschließen würde. — Vor allem müßte ihm wohl die revisorische Besichtigung der privaten und öffentlichen Irrenanstalten zufallen, wodurch vielleicht am besten die doch von allen Psychiatern als unzweckmäßig und überflüssig empfundenen in Aussicht stehenden Revisionen durch den Regierungsmedizinalrat, dem nur eine teilweise psychiatrische Erfahrung im besten Falle zur Seite steht, und der deshalb als maßgebender Fachmann nicht anerkannt werden kann, vermieden werden könnte.

Das zunächst Erstrebenswerte wäre, in dieser die Irrenfürsorge zweifellos fördernden Frage Einigkeit zu erzielen. Man kann sich ja vorstellen, daß der Gedanke an die Besetzung des Dezernats mit einem Fachmann aus den Kreisen der Direktoren nicht überall sympathisch empfunden werden wird. Einen besonders tiefgreifenden Entschluß würde es meiner Empfindung nach für manchen Direktor bedeuten, dessen Wirkungskreis bei dem bisherigen Modus vielleicht umfangreicher und gesicherter erscheinen mag. Die Frage der Person des Dezernenten würde ja zweifellos eine große Rolle spielen und mancherorts vielleicht als ausschlaggebend bei entstehenden Bedenken ins Gewicht fallen, aber bei welcher Stellenbesetzung ist dies schließlich nicht der Fall? Die bisherige juristische Besetzung kann

doch ohne Frage erst recht ihre großen Unannehmlichkeiten mit sich bringen. Zudem dürfte aber bei einer so wichtigen Frage, wie mir die vorliegende zu sein scheint, das Persönliche wie immer dem Sachlichen unterzuordnen sein. Hiesiger Ansicht nach, das ist auch der direktoriale Standpunkt hier, würde durch die Verwirklichung der sich vielleicht jetzt bietenden Möglichkeit, nämlich die Anstellung vollbesoldeter Dezernenten für das Irrenwesen (Landespsychiater), ein bedeutender Schritt in der Irrenfürsorge vorwärts gemacht werden können, der vom sozialen Standpunkte aus den größten früheren würdig zur Seite gestellt werden kann.

Es besteht hier die Auffassung, daß eine gleich günstige Gelegenheit zum Versuch, diesen Weg zu beschreiten, in absehbarer Zeit nicht wiederkehren wird, zumal da sich jetzt bei eventueller Neuregelung der Personalfrage die des juristischen bisherigen Dezernenten am ehesten regeln ließe.

Möchte es nach hergestellter Einigung über diese Frage der Tatkraft des Reichsverbandes, der diese Forderung schon immer vertreten hat, gelingen, dieses Ziel zu erreichen.

Schleswig, den 26. November 1920.

Oberarzt Dr. Kroemer.

* * *

Nachwort des Vorsitzenden des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte.

Die Ortsgruppe Schleswig regte kürzlich beim geschäftsführenden Vorstand des R.-V. an, die Forderung nach fachärztlicher Vertretung bei den Behörden in Gestalt eines psychiatrischen Dezernenten und Übertragung von neuen und umfassenden Funktionen auf diesen zu stellen; es sei jetzt die beste Gelegenheit, diese Forderung durchzudrücken. Uns schien die Angelegenheit noch nicht so geklärt und spruchreif, um einigermaßen einheitlich gebilligte Forderungen aufstellen zu können. In der Gründungsversammlung des R.-V. in Halle verkannte man bei der Aussprache hierüber durchaus nicht die Schwierigkeiten dieser Frage und ließ es dahingestellt, ob man einen psychiatrischen Dezernenten, Medizinalreferenten im Hauptamt oder im Nebenamt erstreben solle; und welche Amtsbefugnisse dieser haben müsse; eine Einigkeit war nicht zu erzielen; man begnügte sich damit, „volle fachärztliche Vertretung und Aufsicht" für nötig zu erklären und daß hierbei „ein durch die Standesorganisationen auszuübendes Vorschlagsrecht anzustreben" sei. In den von der bekannten Kommission ausgearbeiteten Richtlinien, die jetzt wohl überall durchberaten werden, ist ebenfalls nur kurz und in allgemeinen Ausdrücken davon die Rede. Unsere in der Auskunftsstelle des Vorstandes gesammelten Erfahrungen lassen erkennen, daß die Anschauungen und Wünsche der deutschen Irrenärzte darüber sehr weit auseinandergehen und daß praktische Erfahrungen als Stützen der einzelnen Ansichten leider noch recht wenig und mit verschiedenem Erfolg gemacht worden sind. Wir mußten daher der Ortsgruppe Schleswig empfehlen, von einem förmlichen Antrag vorläufig noch abzusehen und zunächst ihre zweifellos sehr beachtenswerten Anschauungen und großzügigen Pläne durch Veröffentlichung zur allgemeinen Kenntnis zu geben und dadurch zu weiteren Meinungsäußerungen anzuregen. Letzteres befürworten wir warm und dringend; wir bitten auch um Mitteilung solchen Materials, das sich etwa nicht zur Veröffentlichung eignet, direkt an uns. Hoffentlich können wir dann auf der nächsten Jahresversammlung (voraussichtlich April 1921) zu einer Beschlußfassung kommen.

Landsberg a. W., den 30. November 1920.

Dr. Baumann.

Die Irrenfürsorge — Armensache?

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler,** Kreuzburg, O.-S.

Bei allem Segen, den das Preußische Gesetz vom 11. Juli 1891 über die öffentliche Irrenfürsorge gestiftet hat, war es doch kein glücklicher Griff, daß diese Aufgabe den Landarmenverbänden übertragen worden ist. Es haftet nun einmal der Armut gesellschaftlich etwas Minderwertiges an, da Besitz der Maßstab aller Dinge ist,

Oder, lieber Freund, möchtest du im Eisenbahnzug vierter Klasse fahren, oder, wenn du es mußt tust du es gern, nachdem du früher dritter gereist bist? Gehst du im Theater gern auf die Galerie? Mietest du dir nicht, wenn du Geld hast, in der Kirche lieber einen Sitzplatz, als daß du stehend zum lieben Gott betest? Möchtest du gern mittels



rmenbegräbnisses zur ewigen Ruhe gebracht erden?

Auch die, welche Hebung des Loses der Armen s Beruf oder Lebensaufgabe ausüben, meiden sie cht doch auch gerne den „Armeleutegeruch"?

Also das ist nun einmal so und das läßt sich nicht dern. Jeder Vogel hat seine Nestfreude.

Die geistige Gesundheit aber ist ein so kostres Gut, ihre Rettung eine so wichtige, hohe iche, daß sie wirklich nicht als Armensache ansehen, nicht mit dem Gesichtspunkt, ob arm oder ich, irgendwie verquickt werden sollte.

Es ist gewiß schmerzlich und kostet viel Überindung, wenn die Familie, um den Ernährer oder Mutter oder ein Kind zur Heilung oder Pflege in ie Anstalt zu bringen, zum „Ortsarmenverband" hen muß. Welche, selbst wohlhabende, Mittelindsfamilie, von unbemittelten gar nicht zu reden, heute in der Lage, die gewaltigen Kosten für die terbringung in einer Anstalt, weit über 10 M, r und da nahe 15 M auf den Kopf in der niedrign Verpflegungsklasse, zu tragen? Und es ist ch eben bei Geistesstörungen hinsichtlich der uer in der Regel anders als bei einer nur Wochen ihrenden körperlichen Erkrankung.

Und wie schmerzlich muß das Bewußtsein auch die Kranken sein — recht viele haben dafür ch ein Empfinden —, daß sie Gegenstand der menfürsorge sind, wie schmerzlich auch für die nesenen, in Armenpflege gestanden zu haben, doch nach Ablauf der Geisteskrankheit jede elische Schädigung ganz besonders ängstlich fern halten werden sollte!

In wie vielen Fällen mag die „Armenfürsorge" von abhalten, einen Geisteskranken der Anstaltsege anzuvertrauen!

Wie ungern werden von Steuerzahlern Mittel Armenzwecke bewilligt!

Die Kosten für Aburteilung und Verwahrung von Verbrechern werden von der Staatskasse getragen. Machen wir doch eine Umstellung; es wird ja jetzt so viel umgestellt, manches sogar auf den Kopf gestellt.

Übertragen wir die Kosten dieser Aufgaben auf die Armenverbände — das wird vielleicht die Wirkung haben, daß sich die Gemeinden mehr um die Verhütung von Verbrechen und um die Verbrecher kümmern — und die Kosten der Geisteskrankenfürsorge auf die Staats- oder Reichskasse. Das wäre unserer „Kultur" würdiger.

Die Staatskasse würde dabei nicht zu sehr belastet, denn heutzutage wird doch ein erheblicher Teil der Kosten der öffentlichen Irrenpflege durch Verwendung von Renten und anderen aus der Sozialgesetzgebung fließenden Bezügen der Geisteskranken gedeckt. Und dann muß man selbstverständlich auch den Wert der von den beschäftigungsfähigen Geisteskranken in den Anstalten geleisteten Arbeit in Rechnung setzen; derselbe beläuft sich in mittelgroßen, also ungefähr 500 Insassen beherbergenden Anstalten allein für die Landwirtschaft und Gärtnerei bei heutigem Geldwert auf etwa 100 000 M im Jahr; dazu der Wert der Arbeit in den verschiedenen Werkstätten.

Zum Schluß bei dieser Gelegenheit eine Anfrage: Wo bleibt das Gesetz über die Unfallfürsorge für die in Anstalten untergebrachten und besonders die dort beschäftigten Geisteskranken? Ich hatte es im Jahre 1901 unter Begründung angeregt (Ausgewählte Kapitel der Verwaltung öffentlicher Irrenanstalten S. 76. Halle a. S. 1910), aber ohne Erfolg. Immerhin wurde ein dahinzielender Antrag in der Reichstagskommission über den Entwurf eines Gesetzes betr. Unfallfürsorge für Gefangene mit nur 10 gegen 9 Stimmen abgelehnt. Für die Strafanstaltsinsassen hat man aber ein solches Gesetz geschaffen!

Mitteilungen.

— **Eingabe des Reichsverbandes beamteter deuter Irrenärzte an den Leipziger Verband.**

Nach einer Bekanntmachung des Beirats des L. V. von diesem der Antrag auf Abänderung der Satzun gestellt und wird der am 19. Dezember 1920 stattlenden Hauptversammlung des Verbandes zur Beßlußfassung vorgelegt. Es wird dabei eine Erhöhung Jahresbeitrages von 40 M auf 100 M jährlich vergt.

Der Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte, dem so gut wie alle (etwa 700) an den öffentlichen Irrenanstalten Deutschlands angestellten Ärzte angehören und der die Gewerkschaft dieser Berufsgattung vorstellt, beantragt hiermit durch seinen Vorstand, es für die beamteten deutschen Irrenärzte bei dem bisherigen Beitrag zu belassen, oder sie wenigstens der im Anhang zu dem § 6 vorgesehenen Gruppe der „werkständigen" Ärzte mit der Hälfte des künftigen Jahresbeitrages zuzurechnen.

Unsere Mitglieder sind in großer Zahl, in manchen

unserer Einzelverbände dürfte es sogar die Mehrzahl sein, Mitglieder des L. V., hauptsächlich wohl aus Gefühlen ärztlicher Solidarität heraus, weniger weil sie sich vom L. V. einen großen Nutzen für ihre eigentliche Berufstellung versprechen. Sie haben sich in den Nöten der letzten Jahre veranlaßt gesehen, sich gewerkschaftlich zusammenzuschließen und als Beamte (ärztliche Privatpraxis üben nur wenige und nur nebenher aus) wiederum an große Beamtenverbände anzugliedern, sind dadurch Mitglieder mehrfacher Gruppenverbände geworden. Für alle diese Verbände müssen sie Beiträge, zum Teil in nicht unerheblicher Höhe, leisten.

Die Lage ist so, daß bei den ja bekanntermaßen trotz aller Aufbesserung noch durchaus unzureichenden Beamtengehältern bereits der Jahresbeitrag an den L. V. von 40 M von manchen unsrer Mitglieder als unangenehme Belastung empfunden wurde. Ein Jahresbeitrag von 100 M entspricht im Gegensatz zu dem, was der praktische Arzt vom L. V. erwartet und hat, bei uns nicht den Ansprüchen an den L. V., kann auch von vielen unmöglich geleistet werden. Die Folge würde sein, daß sicher die Mehrzahl unserer Mitglieder aus dem L. V. austreten würde. Und das möchten wir aus ärztlichem Solidaritätsgefühl heraus gern vermeiden. Es erscheint daher eine Sonderstellung unserer Mitglieder, wie vielleicht der beamteten Ärzte überhaupt, in bezug auf den Mitgliedsbeitrag dringend geboten. Keinesfalls dürfen unsere Mitglieder mehr zahlen müssen als die „unständigen" Ärzte.

Wir bitten daher dringend, daß unser Antrag schon in Hinsicht auf das Interesse des L. V., um Austritte zu vermeiden, von Ihnen befürwortet wird, und ersuchen ergebenst, ihn der Hauptversammlung am 19. Dezember 1920 gelegentlich der Abänderung der Satzungen vorzulegen.

Wir bitten um Bestätigung dieses Schreibens und Mitteilung Ihrer Ansicht.

Der Vorstand.

— **Reichsverband.** Als Besoldungskuriosum sei erwähnt, daß die Regierung des neugebildeten Staates Thüringen nach Mitteilung des dortigen Einzelverbandes beschlossen hat, Assistenzärzte als Anwärter der Besoldungsgruppe 8 einzureihen. So bekommen danach etwa soviel Gehalt, wie ein Oberwärter und Maschinenmeister an den gleichen Anstalten, oder wie Parkgärtner, Zuchthausaufseher und Kassenboten, erheblich weniger als Expedienten und Hilfsschreiber an den Anstalten. Wenn auch die Einschätzung der Geistesarbeiter z. Zt. allgemein in Deutschland zu wünschen übrig läßt, so dürfte das doch ein Gipfelpunkt von Zumutung an ärztliches Selbstgefühl sein. Wir haben selbstverständlich energischen Einspruch beim Thüringischen Ministerium erhoben. Im Notfall würde nur die Sperrung dieser Stellen auch mit Hilfe des Leipziger Verbandes übrig bleiben.

Landsberg a. W., den 23. Dezember 1920.

Im Auftrag: Dr. Hussels.

— **Hannover.** Die Heil- und Pflegeanstalten d[…] Provinz Hannover wurden letzthin durch einen Reg[…]rungs-Medizinalrat ohne Heranziehung eines psychiat[…]schen Sachverständigen einer Revision unterzogen. D[…] hierbei gemachten Anstände beziehen sich in der Haup[…]sache auf Mängel in den einzelnen Anstalten (Fe[…] von Infektions- und Tuberkulosenabteilungen, Kanalis[…]rung von Klosettanlagen usw.), deren Behebung […] wegen anderer noch dringenderer Baulichkeiten no[…] nicht möglich war. Die Beanstandung der zu hohe[…] Zahl des Pflegepersonals an einer Ans[…] und der Regelung der Arbeitszeit derselben dürfte z[…] nicht zu den Obliegenheiten des Revisors gehören, e[…] hät aber zutreffende Hinweise auf die mit der ne[…] Regelung verbundenen Nachteile. Die Revision w[…] unserem Wunsche gemäß von ein und demselben […] uns vorgeschlagenen Regierungs-Medizinalrat aus[…]führt.

— **Landesheilanstalt zu Marburg.** Hier hatte […] Besichtigung durch die Regierungs[…]sichtigungskommission stattgefunden; […]wähnenswerte Erfahrungen wurden dabei nicht […]macht.

— **Der 7. Kongreß für experimentelle Psycho[…]** findet vom 20. bis 23. April 1921 (Dienstag, den 19. A[…] Begrüßungsabend) zu Marburg statt. Folgende […]ferate werden erstattet werden: E. Jaensch: Ü[…]die subjektiven Anschauungsbilder. D. Katz, Ü[…] die psychologischen Erfahrungen an Amputierten. […] Poppelreuter: Über die Psychologie der H[…]verletzten. K. Rieffert: Über die militär[…] Psychotechnik.

Es wird gebeten, Anmeldungen von Vortr[…] Herrn Prof. Dr. E. Jaensch, Marburg, Bez. Ka[…] Weißenburgstraße 11, zukommen zu lassen, dag[…] Anfragen betreffend Wohnung u. dgl. an Herrn […] phil. F. Broer, ebenda, Haspelstraße 16, zu ric[…]

— **Erziehungsheim für schwachbefähigte Mädc[…]** Breslau, Pöpelwitzstr. 84. In dem Erziehungsheim […] schwachbefähigte Mädchen, Pöpelwitzstraße 84, be[…] die Stadt Breslau eine Einrichtung, die, wie die […]peler Arbeitslehrkolonie, einen neuen Gedanken in […] Schwachsinnigenfürsorge verkörpert. Die ehem[…] Hilfsschullehrerin Stephanie Hoffmann m[…] zum ersten Male den Versuch, schwachbefähigte, s[…] entlassene Knaben, die in einer freien Lehre […] untergebracht werden konnten und auch zu mec[…]scher Arbeit zu unreif und unselbständig waren, […] weitere Erziehung über die Schulzeit hinaus und […] angepaßte Berufsausbildung doch noch zu einer […]destens teilweisen Erwerbsfähigkeit zu bringen. […] wirklich gelang es ihr unter Ausnützung auch d[…] schwachen Arbeitskraft die dauernde Unterbringu[…] einer Pflegeanstalt für die meisten Fälle zu er[…] und auch diesen Schwachbefähigten noch das L[…] in der Freiheit natürlich unter entsprechender Sc[…]aufsicht zu ermöglichen. Aus diesem Versuch […] die Arbeitskolonie Pleischwitz, jetzt in Zimpel, […] vor. Sie war lange Zeit die einzige ihrer Art



te dem zugrundeliegenden Gedanken mit solchem lg, daß sie für Gründungen gleicher Art innerhalb außerhalb Deutschlands (die Anstalt wurde aus ıkreisen aller Welt aufgesucht und besichtigt) vorich wurde.

Die gleiche Einrichtung für Mädchen stellt das Erıngsheim in der Pöpelwitzstraße dar. Auch dieses das erste dieser Art und diente zum Muster für che, bisher aber noch seltene Gründungen an andeOrten. In diesem Heim werden unter Leitung einer Anstaltsdienst ausgebildeten Erzieherin geeignete chen von 14 bis 20 Jahren neben weiterem Schulricht in Haus- und Gartenwirtschaft ausgebildet. Anstalt steht in Verbindung mit einer städtischen haltungsschule und benützt selbst einen großen üse- und Obstgarten und etwas Feld, so daß die chen, je nach ihren Fähigkeiten und Kräften in Hausarbeiten (Kochen, Nähen, Flicken usw.), in - und Gartenarbeit, Kleinviehzucht und anderem wiesen werden können. Das familiäre Zusameben der Mädchen und ihr Zusammenarbeiten an gemeinsamen Aufgaben des Haushalts und Anstaltsebes fördern ihre sittliche und soziale Erziehung. Seit Eröffnung der Anstalt (Juni 1911) bis April wurden 96 Mädchen aufgenommen und 80 nach erer Ausbildung entlassen. Von diesen sind 33 in der ien Familie, ebensoviele in bezahlten Stellungen als stmädchen, Wäscherinnen usw. tätig. Zwei kamen ürsorgeerziehung, sieben in verschiedene KrankenPflegeanstalten, fünf sind gestorben (meist an Tulose).

Die Anstalt bietet Platz für 20 bis 25 Zöglinge, sie von der Stadt Breslau und anderen Kommunaländen, aber auch von privater Seite in Anspruch mmen. Um der steigenden Nachfrage von dieser entgegenzukommen, soll die Anstalt fortan noch als bisher selbstzahlenden Zöglingen zugänglich icht werden und wird künftighin Kinder aller de aufnehmen können.

Die Mädchen werden vor ihrer Aufnahme von dem arzt der städtischen Nervenheilanstalt auf ihre Eiggeprüft und während der Ausbildungszeit auch rnd ärztlich beobachtet.

nteressenten erteilen die Leiterin der Anstalt Frl. de (für Zimpel Anstaltsvorsteher Schön), und genannter Arzt bereitwilligst Auskunft. (Schles. -Korrespondenz 1920 Nr. 7). Chotzen.

Buchbesprechungen.

— Jeßner, San.-Rat Dr. S., Lehrbuch der Haut- Geschlechtskrankheiten einschließlich der Kos-. I. Bd.: Hautleiden und Kosmetik. Anhang: Reormeln. 469 S. Mit 33 Abbildungen auf 31 farbiTafeln und 7 Abb. im Text. II. Bd.: Geschlechts-. Anhang: Mikroskopische und serologische Unchungsmethoden. 366 S Mit 24 farb. Abb. auf afeln und 27 Abb. im Text. Fünfte, sehr erweiterte ge. Leipzig und Würzburg 1920, Verlag von Curt zsch. Preis des ganzen Werks 72,00 M.

Die erste Auflage erschien 1893; es handelt sich also um ein Lehrbuch, das seine Probe längst und bestens bestanden hat und keiner Begründung seiner Empfehlung bedarf. Jeßner, der Herausgeber und Verfasser der „Dermatologischen Vorträge für Praktiker", wovon bis jetzt 24 Hefte erschienen sind, hat es vorzüglich verstanden, das Buch in allen Auflagen stets auf der Höhe wissenschaftlicher Forschung und praktischer Brauchbarkeit zu halten.

Im ersten Band ist eine Anatomie und Physiologie der Haut vorausgeschickt, sowie ein Kapitel: Verhältnis der Hautleiden zu inneren Krankheiten, ferner: Allgemeine Diagnostik, Allgemeine Therapie, Dermatologische Chirurgie. Dann folgen: Dermatologische Systeme, Funktionsanomalien, Anomalien der Blutverteilung.

Strahlen-, Radium- und Doramadbehandlung (Doramadsalben und -lösungen = mit Mesothoriumstrahlen gesättigte Salben und Lösungen) sind besonders eingehend erörtert.

Auch neue Krankheitsbilder sind berücksichtigt.

Die farbigen Abbildungen, eigentlich sind es mehrfarbige, sind in ihrer Naturtreue einfach vollkommen.

Das Buch muß auch zur Anschaffung in der Anstaltsbibliothek bestens empfohlen werden.

— Sahli, Prof. Dr. H., Direktor der medizinischen Universitätsklinik in Bern: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für Studierende und praktische Ärzte. Sechste, umgeänderte und ergänzte Auflage. II. Band, 2. Hälfte. Mit 351 teilweise farbigen Abbildungen. Leipzig und Wien 1920, Franz Deuticke. 90 M.

Es ist der Schlußteil des zweiten Bandes, umfassend Seite 583 bis 1451. Er enthält die Abschnitte: Probepunktionen und Harpunierungen, S. 583 bis 615, Untersuchung des Nervensystems, S. 616 bis 1251, und Nachträge, S. 1252 bis 1404. Dieser Schlußteil des bekannten Werkes hat also in seiner neuesten Auflage vorwiegend neurologisches Interesse und er wird den Ansprüchen auch des eingeweihten Fachneurologen in ausgiebigstem Maße gerecht. Zu Dingen, die noch strittig sind, wird kritisch Stellung genommen. Die Literatur ist ausreichend berücksichtigt und die Quellen sind angegeben. Der spezielle neurologische Teil ist besonders ausführlich (S. 852 bis 1241). Der Ausdruck „klinische Untersuchungsmethoden" im Titel des Buchs enthält eine Beschränkung, die das Werk nicht verdient, da natürlich sehr viel Anatomie und Physiologie darin steckt. Sahli sagt selbst (S. 616), daß der Anfänger die Diagnostik der Nervenkrankheiten zuweilen schwieriger finde als diejenige anderer Affektionen, liege daran, daß ihm die anatomischen und physiologischen Tatsachen, besonders hinsichtlich Lokaldiagnostik, nicht in der erforderlichen Auswahl, Anordnung und Schematisierung gegenwärtig sind. Durch zahlreiche schematische Abbildungen ist diesem Mangel abgeholfen.

In den Nachträgen sind die diagnostischen Fortschritte mitgeteilt, welche seit dem Erscheinen der früheren Teile des Werks gemacht sind; besonders die aus dem Gebiet der Hämodynamik und hier namentlich der



Sphygmobolometrie und Sphygmomanometrie, ferner auch der Chemie des Blutes.

Einer besonderen Empfehlung bedarf Sahlis Buch nicht mehr; es sei aber nochmals auf den besonderen Wert des vorliegenden Schlußteils als ausgezeichneten Führers durch die neurologische Diagnostik hingewiesen.

Therapeutisches.

— **Unsere Erfahrungen mit Choleval.** Von Dr. Paul Goldberger, Wien. Wien. med. Wochenschr. 1920 Nr. 5.

Bei Cholevalgebrauch verschwinden die Gonokokken nach zirka 14 Tagen. Es gibt aber auch cholevalresistente Fälle. In Anbetracht seiner sekrethemmenden Eigenschaften wurde es nicht gleich im Anfang der Behandlung benutzt, um die natürlichen Eliminationsvorgänge nicht zu stören. Sehr häufig wurde Choleval abwechselnd mit anderen Medikamenten bei der akut exazerbierten Form der chronischen Gonorrhöe angewandt, sowie bei den teils unkompliziert, teils kompliziert verlaufenden Urethritiden, die durch ein Mittel nicht zur Ausheilung zu bringen waren.

Die gleichzeitig sekrethemmenden und gonokokkentötenden Eigenschaften des Cholevals bedingen eine Mittelstellung zwischen den reinen Antiseptika und den Adstringentien. Choleval ist daher ein aus[...] Übergangsmedikament von einer Gruppe zu[...] Es schafft deutliche und nachhaltige Besserung [...] wo dieser Übergang sonst mit Reizerschein[...] Rückfällen verbunden ist. Auch als nur gono[...] tötendes Mittel betrachtet, leistet es soviel wie [...] gen Silbersalze.

Personalnachrichten.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Gießen.** Ober-Medizinalrat Dr. Wagner ist seit 1. April 19[...] dem Anstaltsdienst ausgeschieden und seitdem [...] Arzt der Hess. Nervenheilstätte, die sich in zwei [...] häusern der hiesigen Anstalt befindet und 40 [...] umfaßt. An seine Stelle ist Oberarzt Dr. [...] früher Assistenzarzt hiesiger Anstalt getreten. [...] Karl Wolfgang Gerster aus Braunfels ist am [...] 1920 als Assistenzarzt eingetreten. — Dr. [...] Schmitt aus Arheilgen ist am 1. Oktober 19[...] getreten, um eine Stelle als Amtsarzt in Mainz z[...] nehmen. — Dr. Hermann Wahl aus Nieder-F[...] Medizinalpraktikant seit 28. Juli 1920, wurde As[...] arzt mit Wirkung vom 1. Oktober 1920. — [...] Hechler aus Langen ist seit 1. November 192[...] zinalpraktikant.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

weiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 41/42. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.


Küppersbusch
Grossküchen-Anlagen
für
Hotels, Restaurants u. Anstalten aller Art
F. Küppersbusch & Söhne A.-G.
Gelsenkirchen-Schalke


Chlorival
ges. gesch. D.R.W.Z. Nr 95948
Bei Nervenschmerzen, Rheumatismus, Hexenschuß, Neuralgie, Migräne, Zahnreißen, steifem Hals, geschwollenen Gliedern u. Verrenkungen
TH. FRANZ & Co
HALLE - GIEBICHENSTEIN
FABRIK PHARMAZEUTISCHER- U. KOSMETISCHER PRÄPARATE

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 41/42. 15. Januar **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Albrecht Paetz.

Am 15. Januar 1921 vollendet der Direktor der Landesheilanstalt Alt-Scherbitz, Geheimer anitätsrat Dr. Albrecht Paetz, das 70. Jahr nes rastlosen und mit reichem Erfolge gesegneten ebens. Am 15. Januar 1851 in Winzig i. Schlesien boren, studierte Paetz in Berlin und Halle, proovierte 1874 in Berlin mit der Dissertation: „Über horakozentese bei Pleuritis" und trat im gleichen hre als Volontärarzt in den Dienst der Prov.-renanstalt zu Nietleben, welche damals von Prossor Dr. Koeppe geleitet wurde. Seit 1875 in etleben als Assistenzarzt tätig, lenkte Paetz rch seine besonderen Gaben, seinen Eifer und ine erfolgreiche Tätigkeit die Aufmerksamkeit oeppes auf sich. Als nun Koeppe 1876 bemn, auf dem umfangreichen landwirtschaftlichen reale des Rittergutes Alt-Scherbitz eine neue Prov.-renanstalt nach kolonialem Systeme zu errichn, die in so großem Maßstabe und in einer derart heitlichen Gestaltung der ganzen Einrichtungen plant war, wie sie in Deutschland bis dahin noch cht durchgeführt war, hatte er ein solches Vertrauen zu Paetz gewonnen, daß er ihn als zweiten Arzt und seinen Vertreter an die neue Anstalt entsandte, während er selbst zunächst in Nietleben verblieb und von dort aus beide Anstalten leitete. Koeppe, welcher im Juni 1877 unter Beibehaltung der Direktion der Nietlebener Anstalt nach Alt-Scherbitz übergesiedelt war, starb dort am 30. Januar 1879 unerwartet, die neue Anstalt unvollendet zurücklassend, deren Leitung Paetz zunächst vertretungsweise übernahm.

Nach Koeppes Tode trat in der Entwicklung der Anstalt eine Krisis ein, weil von gewichtigen Seiten Zweifel an der Möglichkeit auftauchten, die Koeppeschen Pläne durchzuführen, und es bestand die Gefahr, daß die Koeppe vorschwebenden, besonders freiheitlichen Einrichtungen zur Pflege der Geisteskranken beschränkt werden sollten. Auch wurde die Selbständigkeit der Alt-Scherbitzer Anstalt, welche am 1. April 1879 eintreten sollte, wieder in Frage gestellt, da erwogen wurde, Alt-Scherbitz in Abhängigkeit von der nunmehr unter der Leitung des Professors Hitzig

stehenden Nietlebener Anstalt zu bringen. Es ist nun das unbestreitbare Verdienst von Paetz, von vornherein mit aller Entschiedenheit dahin gewirkt zu haben, daß die Koeppeschen Ideen in bezug auf die freiheitliche Gestaltung der Anstaltseinrichtungen durchgeführt und die Selbständigkeit der Anstalt gewahrt wurden, wobei ihm ein einsichtiger und tatkräftiger Helfer in dem damaligen Landesdirektor Grafen von Wintzingerode zur Seite trat. Man erkannte auch seitens der Provinzialverwaltung bald, daß man keinen geeigneteren Mann für den weiteren Ausbau der Anstalt im Sinne Koeppes finden könne als seinen bisherigen Schüler und bewährten Gehilfen. So wurde Paetz am 1. Januar 1880 zunächst kommissarisch, am 1 April 1882 endgültig die Direktion der Anstalt übertragen.

Paetz errichtete nun einerseits die Alt-Scherbitzer Kolonie und schuf ausgedehnte Beschäftigungsmöglichkeiten, insbesondere in dem landwirtschaftlichen Betriebe des Rittergutes, andererseits erweiterte er, über die Absichten Koeppes weit hinausgehend, die Zentralanstalt durch für die damalige Zeit ganz neuartige Wachstationen zur Durchführung der Bettbehandlung der Geisteskranken und schuf so in Alt-Scherbitz die moderne koloniale Irrenanstalt, welche die ganze Irrenpflege weit über Deutschlands Grenzen hinaus maßgebend beeinflußte.[1]) Später ist die Anstalt noch erweitert worden durch die Erbauung einer unter der Oberleitung des Direktors stehenden, wirtschaftlich mit der Hauptanstalt verbundenen, in ärztlicher Beziehung jedoch selbständiger gestellten Pflegeanstalt für insoziale unheilbare Geisteskranke.

Auf Grund seiner reichen Erfahrungen gilt Paetz seit langen Jahren als eine der ersten Autoritäten auf dem Gebiete des modernen Irrenanstaltswesens, insbesondere auf dem des Anstaltsbaues und der freiheitlichen Behandlung der Geisteskranken, so daß er bei sehr vielen bedeutenden Neubauten von Irrenanstalten als Gutachter herangezogen, und sein bewährter Rat von vielen Seiten gern gesucht wurde. Eine große Reihe seiner Schüler hat in leitender Stellung die Alt-Scherbitzer Einrichtungen und Behandlungsarten weiter verbreitet. Die reiche Anerkennung, die Paetz gefunden hat, bezeugen die vielen Ehrungen, die ihm schon frühzeitig und in stets wachsender Zahl zu teil geworden sind. Seine Erfahrungen und Behandlungsgrundsätze hat Paetz niedergelegt in Vorträgen auf dem internationalen ärztlichen Ko gresse zu Kopenhagen, den Naturforscher-V sammlungen zu Magdeburg, Wiesbaden und Ha a. S. sowie auf dem Kongresse des deutschen V eins für Armenpflege und Wohltätigkeit zu Kass insbesondere aber in seinem 1893 im Verlage v Julius Springer, Berlin, erschienenen Buche „D Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindu mit dem Offen-Tür-System, ihre historische E wicklung und die Art ihrer Ausführung auf Ritt gut Alt-Scherbitz".

Für die Kranken war Paetz stets und in je Weise besorgt und hilfsbereit, ja bis zur Einsetz seines Lebens, hat er sich doch durch Errett einer Kranken aus dem reißenden hochgeschwo nen Elsterflusse die Rettungsmedaille am Ba erworben. Jeder Kranke konnte sich mit sei Anliegen an ihn wenden, und auch in der Bevöl rung der Provinz genoß Alt-Scherbitz u Paetz ein hohes Ansehen und Vertrauen. Pa ist auch Mitglied der staatlichen Kommission Beaufsichtigung der Privatirrenanstalten und w ferner als Gutachter in schwierigen gerichtlic Fällen gern hinzugezogen.

Neben seiner ärztlichen und direktorialen Tä keit wirkt Paetz noch in umfangreicher W auf dem Gebiete der lokalen Selbstverwaltung, gemeinnützigen Gesellschaften und im Dienste evangelischen Kirche, in welchem er zum Mitgli des Gemeindekirchenrates und der Kreissynode rufen und auch zur Provinzialsynode entsa wurde.

Den Ärzten, Beamten und Angestellten sei Dienstbereiches gegenüber war Paetz ein wo wollender und entgegenkommender Vorgesetz und bemühte sich insbesondere immer, die ärz chen Interessen wahrzunehmen. Für alle wiss schaftlichen Fortschritte zeigte er stärkste T nahme und suchte seine ärztlichen Mitarbeiter jeder Weise wissenschaftlich anzuregen und zu f dern.

Viele Sorgen und Mühen hat Paetz die la Kriegszeit und die dann folgende staatliche Umw zung gebracht. Unendlich schwer und aufreib war die Leitung der Anstalt, die er nur mit we gen Ärzten und Beamten, mit meist ungeschult Personal verwaltete. Aber auch persönlich ha er unter den Einwirkungen des Krieges und sei unglücklichen Ausganges empfindlich zu leiden, seine nächsten Angehörigen schwer davon betr fen wurden. Dank der unermüdlichen Sorge sei allverehrten Gattin, welche sein Familienleben einem außerordentlich glücklichen, harmonisch und für alle die zahlreichen Gäste seines Hauses

[1]) Vgl. v. Buchka, Zum 25 jährigen Bestehen der Provinzial-Irrenanstalt Rittergut Alt-Scherbitz. Diese Wochenschr. 1901 Jahrg. 3 Nr. 15.

regenden gestaltete, hat Paetz auch diese schweren Zeiten glücklich zu überstehen vermocht und waltet in bewundernswerter Frische und Rüstigkeit seines umfangreichen Amtes. Möchten ihm noch viele gesegnete und glückliche Jahre beschieden sein!

Oberarzt Dr. Karl Schmidt, Alt-Scherbitz.

Zur Reformfrage.

Von Dr. **Recktenwald,** Oberarzt an der rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Andernach.

Mit dem Erscheinen der „Richtlinien über die zeitgemäße Gestaltung der dienstlichen und beruflichen Stellung der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten" im gedruckten Entwurf ist die Reformfrage in ein neues Stadium getreten. Jedem aufmerksamen Leser dieser wird ohne weiteres klar, daß unbeschadet ihres immer wieder bescheiden betonten vorläufigen Charakters damit ein großes und vorbildliches Stück Arbeit bereits geleistet ist. Um das restlos würdigen zu können und vielen mißverständlichen Auffassungen die Spitze abzubrechen, ist es gut, sich den grundsätzlichen Unterschied zwischen den Richtlinien und den ebenfalls im Vordergrund des Interesses stehenden Kolbschen Gedankengängen, wie sie sich schließlich in seiner Veröffentlichung „Inwieweit sind Änderungen im Betrieb der Anstalten geboten?" [1]) kristallisiert haben, stets vor Augen zu halten. Abgesehen von der etwas veränderten Fragestellung wohnt nämlich Kolbs Ausführungen unstreitig trotz vielen beherzigenswerten Einzelvorschlägen in letzter Linie doch mehr noch, als die äußere Form das anzeigt, der Charakter einer theoretischen Erörterung inne. Seine Tendenz geht zum Teil ausgesprochen, zum Teil wider Willen in der Hauptsache darauf hinaus, die ganze Masse der sich aufdrängenden neuen Ideen in systematischer Lückenlosigkeit auf Tapet zu bringen, um sie erst in fortschreitendem dialektischen Prozeß einer Klärung zuzuführen. Daher rührt, daß ihnen noch ein Rest von Utopie anhaftet, daher stammen die beständigen, übertrieben vorsichtig anmutenden Warnungen vor übereilter Tat, selbst da, wo es aus der Materie heraus ihn zu praktischen Ratschlägen drängt, daher sein eigenartiger Rat, zunächst nur im Rahmen der jetzigen Gesetze, mit schon vorhandenen Mitteln und Kräften die vorgeschlagenen Änderungen durchzuführen oder anzubahnen, „wo die Mehrzahl der Ärzte diese Änderungen befürwortet". Besonders diese letzte Redewendung läßt in ihrer fast weltfremd anmutenden Voraussetzung der unbedingten Reformbereitschaft bei den Anstaltsgewaltigen den akademisch-theoretischen Kern der Auseinandersetzungen Kolbs in voller Nacktheit erkennen. Daß ich mit dieser Beurteilung den hohen Wert und den großen Nutzen dieser von seltener Unbefangenheit, enormer Sachkenntnis und organisatorischem Scharfblick zeugenden Konzeptionen, die an sich schon eine Tat darstellen, nicht im mindesten bezweifeln will, nur nebenbei! Ich meine sogar, ihr Wert wird nur gesteigert, wenn man sie in der Hauptsache als theoretische Vorfrucht betrachtet, wie er es auch selbst will, aus der noch viel Schönes für unsere Sache reifen wird; man gerät dann auch nicht leicht in fast feindselige Stellungnahme gegen Einzelheiten wie Rein [2]) in seinen im übrigen so treffenden und erfreulich ungeschminkten Ausführungen, worin aber der Ernst der Kolbschen Vorschläge zum Teil direkt in Frage gestellt wird.

Dagegen wollen und müssen die „Richtlinien" nur eine unmittelbar zu benutzende praktische Sammlung längst allgemein anerkannter oder vielfach erprobter Errungenschaften geben. Der unmittelbare und reine praktische Zweck macht ihr Wesen aus. Kommt das in dem vorliegenden Entwurf nicht nur der Absicht nach, sondern auch in Wirklichkeit genügend zur Geltung? Man muß freudig bekennen: ja. Der Charakter eines solchen rein praktischen Instruments, das nur durch Beschränkung auf das Allernotwendigste und vielfache Kompromißbildung und eine gewisse Dehnbarkeit des Gefüges für eine einheitliche Benutzung zurechtgezimmert werden kann, ist im Grundsatz gut gewahrt. Trotzdem wird über einzelne Unstimmigkeiten die Kritik wohl lebhaft einsetzen; man muß nur wünschen, daß die Abänderungsvorschläge der Einzelverbände nicht wieder zu einem Chaos führen.

An der Gesamtanlage könnte man vielleicht mit einem gewissen Recht aussetzen, daß die redaktionelle Fassung nicht deutlich genug die mehrfach angekündigte Trennung des Inhalts in unbedingt allgemeinverbindliche Forderungen und fakultative

[1]) Diese Wochenschrift Nr. 17-18 und 21-22.

[2]) Diese Wochenschrift Nr. 27-28 und 29-30.



Ratschläge zum Ausdruck bringt. Da das leicht eine Quelle von Beeinträchtigungen des Zweckes werden kann, müßte es trotz der zu überwindenden Schwierigkeit durchzuführen gesucht werden.

Die wesentlichsten Streitpunkte, die sich noch ergeben werden, und um deren Beseitigung die Kommission sich offenbar schon redliche Mühe gegeben hat, werden ihre letzte Ursache in der regionalen Verschiedenheit des deutschen Irrenwesens haben. Es ist an sich klar, daß nur der einheitlich gerichtete „Föderalismus" im Verhältnis von R. V. zu EVv, wozu der Entwurf sich, wenn auch nicht wörtlich, so doch der Sache nach, deutlich bekennt, in unserer Sache zum Ziele führen kann. Erfreulicherweise haben zentralistische Bestrebungen, die im R.-V. einigemale schüchtern, aber schon störend angeklungen sind, im Entwurfe gar kein Echo gefunden. Und doch scheinen mir die Richtlinien, wie sie vorliegen, an einigen Punkten auf die verschiedene regionale Entwicklung des Irrenwesens noch mehr Rücksicht nehmen zu müssen, als es schon geschehen ist. Ich nehme hier zwei Punkte heraus, die ich einer allgemeinen Erörterung für wert halte.

Zunächst die Ziffer 5, stellvertretender Direktor. Abgesehen davon, daß ihre Fassung mit dem Ergebnis der Kolbschen Rundfrage nicht gut in Einklang zu bringen ist, bedeutet für die Rheinprovinz das Verlangen einer Sonderstelle, wozu die Form der Dienstzulage auch schon zu rechnen ist, einen Rückschritt in der Entwicklung. Unsere aus dem Jahre 1912 stammende, unter Mitwirkung des Ärzteschaft, natürlich im damaligen Schwange, zustandegekommene Dienstanweisung kennt außer dem Direktor schon nur mehr gleichberechtigte Abteilungsärzte als beamtete Ärzte. Dementsprechend haben wir bei der Besoldungsreform auch die längst angestrebte Gleichstellung aller beamteten Ärzte in Titel und Rang erreicht. Wir wollen sie auch nicht wieder durchbrechen lassen, so schmackhaft man das auch zu machen suche. Eine sachlich inkonsequente Opportunitätspolitik, wie sie vielfach angeraten wird, machen wir hoffentlich auch in Zukunft nicht mit; vielmehr wollen wir, wie bisher schon mit teilweisem Erfolg, weiter für die Besserstellung der Gesamtheit kämpfen. Denn wir wissen nur allzu gut, daß man die Entwicklung eines Zwischenvorgesetzten aus einer besonders dotierten Einzelstelle zwar mit den schärfsten Worten untersagen, aber in der Wirklichkeit meist nicht verhindern kann. Abgesehen von dem Standpunkt der „Vorrückungsstelle", von dem der Entwurf sich nicht ganz freigemacht hat, ist aber meiner Meinung nach das sachlich Wesentlichste in diesem Punkte bei einer unsere Ansicht wie die des Entwurfes bestehen lassenden Formel doch zu retten. Das trifft zunächst einmal für die mit dieser Frage verquickte aber nur lose mit ihr zusammenhängende Forderung eines offenen Qualifikationsberichtes überhaupt zu. Er kann doch nur einen Sinn haben, wenn er sich, mindestens von einem bestimmten Dienstalter an, über die Eignung zum Direktor ausspricht Da nun tatsächlich die Anstaltsorganisation e wünschenswert macht, daß eine besondere Eignung für den in erster Linie mit der Vertretung des Direktors Betrauten nachgewiesen ist, was könnt man da Besseres und Einfacheres tun, als von ihr eben Eignung zum Direktor zu verlangen? Ein besondere Qualifikation zum Direktorstellvertrete ist sowieso ein eigen Ding. Mit der angeschnitte nen Regelung ließe sich der Modus einer besonde ren Stelle wie der der Reihenfolge der Vertretung nach dem Dienstalter genügend vereinbaren. I zweiter Hinsicht scheint mir das Wichtigste, wa in Ziffer 5 überhaupt zum Ausdruck kommen soll auf einem Brett zu liegen, wofür die Frage: besondere Stelle oder nicht — unwesentlich ist. Da betrifft die schon fast mehr das Moralische strei fende Forderung, daß der Hauptstellvertreter de Direktors noch mehr als die übrigen Ärzte in all Anstaltsfragen eingeweiht sein muß und zur Mit arbeit herangezogen werden soll. Er sollte der ge borene erste Berater des Direktors in allen Anstalts angelegenheiten sein. Das ist auch in der Rheinpro vinz leider nicht überall der Fall, obwohl es de geltenden Dienstanweisung dem Buchstaben un noch mehr dem Sinne nach sehr wohl entspräche Der Mangel einer besonderen Stelle trägt aber nich etwa hierzu etwas Wesentliches bei. Sondern da Verwaltungsproblem in seiner Gesamtheit, da unter bestimmten Voraussetzungen leicht die Form des Verwalterproblems annimmt, taucht hier au d. h. die Störung des Ausgleichs der ärztlichen un der verwaltungstechnisch-ökonomischen Gesichts punkte und Machtansprüche im Anstaltsbetrieb zu ungunsten der ersteren. Es ist schon durch di schiefe Vorkriegsentwicklung im Anstaltswese gezeugt, von der die unnatürliche Größenzunahm an Zahl der Insassen nur eine, die sichtbarste Seit ist; unter den Kriegsfolgen ist es parallel mit der Mangel und der Teuerung und ihren Begleiterschei nungen so groß geworden, daß es vielfach den Cha rakter einer akuten Gefahr angenommen hat un Maßregeln zu seiner Bekämpfung dringend notwen dig geworden sind. Eine solche stellt aber zweifel los die oben als halb moralische bezeichnete Forde rung einer stärkeren Würdigung des Hauptdirektor-



tellvertreters von seiten des Anstaltsdirektors dar. ie ist sogar ein sehr einfaches und wirksames littel, ebenso wie die unter behördlicher Empfehmg bei uns schon eingeführten Verwaltungskonfeenzen bei richtigem Gebrauch es auch sehr wohl rerden können. Zwar kommen zur endgültigen ösung dieses Problems noch heroischere Mittel ı Frage, welches richtige Gefühl auch Vollath*) beim Anschneiden dieser Frage geleitet aben wird; sie müssen aber in einer ganz anderen ichtung liegen als sein abwegiger Rat, was hier doch nur gestreift werden kann. Die Rolle als indeglied zwischen Ärzteschaft, Direktor und Veraltung kann der Hauptdirektorstellvertreter aber ei nicht gehobener Stelle mindestens ebensogut ie bei einer Sonderstelle erfüllen.

Nach meiner Überzeugung ist ein zweites Prolem, nämlich das der unter Ziffer 19 erledigten ichverständigen oder fachärztlichen Dienstaufcht, in dem Entwurf auch nicht ausreichend beındelt. Es scheint mir gar nicht an seiner Wurzel efaßt, wenigstens wie es sich uns im rheinischen renwesen darstellt. Hier wird die höhere Veraltung des Irrenwesens zusammengefaßt in einem ezernat beim Landeshauptmann, bildet also sach:h im wesentlichen eine Verwaltungseinheit. In r sind zwei, zeitweilig sogar drei juristisch vorbildete Landesräte hauptamtlich, wenn auch nicht le ausschließlich beschäftigt. Als einziger Fachann steht ihnen ein nebenamtlich, ursprünglich mit nem kaum nennenswerten Friedensgehalt angeellter „Landespsychiater" zur Seite; das Amt beeidet ein pensionierter Direktor einer aufgehoben städtischen (nicht Provinzial-) Irrenanstalt. Der ntrale Verwaltungsapparat gibt den Ton im rheischen Irrenwesen weitgehend an; daran wird ich eine vielleicht zu erwartende Dezentralisan mit Übertragung größerer Machtbefugnisse an Anstaltsdirektoren nichts Wesentliches ändern nnen. Aus seiner Organisation folgt aber zwangfig das außerordentliche Übergewicht, das im einischen Irrenwesen bislang ökonomischen und rwaltungstechnischen Erwägungen zugebilligt irde. Es krankte an diesem inneren Widerspruch, vorzüglich es auch in seiner Art geleitet sein ochte; das ist ebensowohl im Sachlichen wie in n letzten Endes alles bedeutenden Personalfragen fzeigbar. In seinem tiefsten Grunde hängt auch s Verwaltungsproblem im Innern unserer rheischen Anstalten zu einem guten Stück damit zummen. Und trotzdem könnte man in dem gehilderten System den Wortlaut der Forderungen des Richtlinienentwurfs zur Not noch erfüllt sehen, denn den rein ärztlichen Teil der direkten Aufsicht und die sachverständige Beratung der Behörde nimmt ein Fachmann wahr. In der Sache ist damit aber gar nichts gedient. Es handelt sich hier um mehr als der Entwurf erfaßt. Die Einrichtung einer zusammenfassenden Verwaltung des Irrenwesens, wie sie in der Rheinprovinz besteht, ist doch in eine nahe Parallele zu setzen etwa mit dem Provinzialschulkollegium; das Medizinalwesen, das verwandteste Gebiet, eignet sich wegen seiner gänzlich anderen Natur und territorialen Einteilung schlecht zum Vergleich bei uns. Es ist ein Widersinn, wenn Betriebe, wie unsere Irrenanstalten, in denen mit Recht nicht ein juristisch vorgebildeter höherer Verwaltungsbeamter tätig ist, aber mehr als 50 akademisch gebildete Vollfachleute, von einem Organ zusammenfassend geleitet werden, in dem den maßgebenden persönlichen Einfluß nur juristisch vorgebildete Beamte besitzen. Das ist ein wahrhaft krasses Beispiel von Mißachtung des fachtechnischen Elements in seinen eigensten Angelegenheiten. Ein grundlegender Wandel in dieser Beziehung muß die Forderung des Tages sein. Für die Rheinprovinz kann das nur heißen: der Landespsychiater muß selbst Landesrat sein und gemäß denselben durchschlagenden Gründen, mit denen die ausschließliche fachärztliche Irrenanstaltsleitung geboten ist, muß ihm durch seine Stellung der überwiegende persönliche Einfluß in dem zentralen Fachverwaltungskörper gesichert sein. Das ist die einzig billige Lösung vom sachlichen Standpunkt wie von dem der Standesinteressen. Das, was mit dem entwickelten Gedanken gemeint ist, drückt der Entwurf aber gewiß nicht aus. Das ergibt sich schon aus der Forderung, der Facharzt für die Dienstaufsicht müsse von der Standesorganisation gewählt werden. Denn es bedarf keiner besonderen Begründung, daß sie für den Landespsychiater, wie wir ihn verlangen, nicht zutreffen kann und ersetzt werden muß etwa durch die sachgemäße Formel, daß dieser das Vertrauen der ihm unterstellten Ärzteschaft zu einer gedeihlichen Wirksamkeit besitzen muß. Natürlich hat die Forderung, die maßgebende Stelle in der höheren Verwaltung des Irrenwesens dem Fachmann zukommen zu lassen, nur da einen Sinn, wo eine solche Zusammenfassung des Irrenwesens überhaupt stattfindet. Ebenso muß es sich nach dem Umfang der Geschäfte richten, ob sie eine hauptamtliche oder nebenamtliche sein muß. Von der Art der Eingliederung des Irrenwesens in die übrige Verwaltung, die regional ja äußerst verschieden ist, hängt schließlich ganz abgesehen von der Titulatur ab, ob die zu ver-

*) Diese Wochenschrift Nr. 13-14.

langende fachmännische Stelle die eines Dezernenten, eines Referenten oder eine andersartige ist. Zur Abwehr von Bestrebungen, unsere billige Forderung ins Lächerliche zu ziehen, mag auch noch gesagt sein, daß niemand so töricht sein wird, zu verkennen, daß der Schrei nach dem irrenärztlichen Fachmann nur innerhalb des Irrenwesens seine Berechtigung hat und darüber hinaus die Beamtenbesetzung überhaupt bald in den Kreis der politischen allgemeinen Verwaltungsinteressen tritt.

Es dürfte übrigens weitere Kreise wohl interessieren, daß die rheinische Provinzialverwaltung in jüngster Zeit einen Schritt getan hat, den man als Anerkennung der Reformbedürftigkeit des besprochenen Gebietes deuten kann. Sie hat einen erkrankten „juristischen" Landesrat — aber nicht den leitenden — eine Zeitlang durch einen Oberarzt vertreten lassen und beschäftigt diesen Oberarzt neben dem Landespsychiater weiter. Zwar hat die Verwaltung nach altem Muster sich über diesen Schritt nicht ausgesprochen und auch bei der formalen Erledigung der persönlichen Seite Grundsätze vermissen lassen, die uns eine wertvolle Errungenschaft der Neuzeit dünken, weshalb er von der Ärzteschaft mit gemischten Gefühlen aufgenommen wurde; immerhin kann er aber einen Anfang bedeuten wenigstens zur teilweisen Verwirklichung der oben aufgestellten Forderung. Wir wissen, daß neben ganz spärlichen kleinmütigen Bedenken in den eigenen Reihen vor allem eingewurzelte Standesvorurteile und die Pflicht, den vorhandenen Kräften gerecht zu werden, der Lösung der Frage in unserem Sinne im Wege stehen. Mag sich daraus aber allenfalls ein Übergangskompromiß rechtfertigen lassen — der Weg zum richtigen Ziel darf deshalb bei uns keineswegs mehr vermieden werden. Vielleicht hat unsere Provinzialverwaltung durch die Neuschaffung eine Sonder-klasse von ordentlichen „juristisch" vorgebildeten Verwaltungsbeamten, von Verwaltungsräten, neb[en] den Landesräten, einen endgültigen Ausweg a[us] dem Dilemma schon gewiesen.

Wenn einem in den vorstehenden Ausführung[en] die regionalen, rheinischen Verhältnisse allzu se[hr] in den Vordergrund der Betrachtung geschoben [zu er-]scheinen, so möge er einmal bedenken, daß mir [ein] provinziales Sprachrohr nicht zur Verfügung st[eht.] Sodann scheint mir ein besseres Kennenlernen [der] regionalen Unterschiede, Schwierigkeiten und H[em-]nungen die beste Gewähr der Verständigung u[nter] uns zu sein, zumal die Annahme erlaubt ist, [daß] ein dem unsern analoger Entwicklungszustand a[uch] sonstwo, besonders in manchen preußischen P[ro-]vinzen besteht. Sollte das jedoch wider Erwa[rten] nicht der Fall sein, so kann doch niemand leugn[en,] daß die Entwicklung, wie wir sie in der Rheinp[ro-]vinz genommen haben und erstreben, sich mit d[em] gemeinsamen Ziel wohl verträgt. Wir hoffen [dar-]um zuversichtlich, daß die Fassung der Richtlin[ien,] deren Aufgabe ja sowieso keine öde Gleichmach[erei] sein kann, eine solche wird, daß sie uns durchgän[gig] eine Rückenstärkung in unseren regionalen [Be-]mühungen wird. Im übrigen werden wir nicht [ver-]gessen, daß wir nicht in erster Linie durch so[lche] Vereinsbeschlüsse — darin muß man Kolb ge[wiß] Recht geben — die Reform machen können, a[ller-]dings auch nicht bloß durch ein so exspektat[ives] Verfahren, wie man es aus seinen Ratschägen [her-]auslesen könnte, sondern zum wesentlichen Teil durch unser planmäßiges aktives Vorgehen in je[dem] einzelnen der regionalen Irrenwesen. Hier [muß] der Katze die Schelle umgehängt werden — un[d es] regt sich glücklicherweise ja auch an vielen En[den.]

Die Beziehungen der Hypnose zur Chirurgie.[1])

Von Hofrat Professor Dr. **A. Friedländer,** Freiburg in Br.

Wenn die Erscheinungen der Hypnose und ihre Wirkungen weiteren Ärztekreisen (u. a. durch Lehrkurse, im Seminar) zugänglich gewesen oder gemacht worden wären, so hätten diese Beziehungen zum Nutzen der Kranken außerordentlich enge sein können. Wertvolle Abhandlungen, aus [ver-]schiedenen Ländern stammend, sind, nachdem [sie] zuerst Beachtung — und Widerspruch fanden, [dem] schlimmsten Schicksal, der Vergessenheit verfa[llen.] Aus dieser wurden sie immer wieder in Fachar[bei-]ten über die Hypnose hervorgeholt, ohne daß an dem erwähnten Schicksal viel geändert h[ätte.] Dieser Umstand kann mich nicht abhalten, die [Zahl] der erfolglosen „Erwecker" zu vermehren, und [da-]rum gebe ich eine gedrängte, keineswegs lüc[ken-]lose geschichtliche Übersicht.

---

[1]) Mit gütiger Erlaubnis von Verfasser und Verleger entnehmen wir den folgenden Abschnitt dem soeben erschienenen ausgezeichneten Buch von Hofrat Prof. Dr. Friedländer: „Die Hypnose und Hypno-Narkose". 121 S. Verlag F. Enke, Stuttgart 1920. Das B[uch verdi]ent Fachkreisen bestens empfohlen zu werden.

Zur Vornahme — und zum Ertragen großer Operationen gehörte vor der Einführung der Narkose ie Kühnheit und seelische Kraftentwicklung, von r wir uns heutigen Tages, da sehr viele nicht einil die Entfernung eines Zahnes ohne wenigstens tliche Betäubung (bedauerlicherweise) auf sich hmen, kaum eine Vorstellung zu machen vermön.

Der „Wunsch" und das Streben nach betäubenn Mitteln ist aber allen Zeiten gemein gewesen. So reichen Versuche, schmerzhafte Eingriffe rch Unempfindlichmachung des Kranken für dien schmerzlos oder erträglich zu gestalten, in das tertum zurück. Die Chinesen (welche, wie Ku ung Ming richtig sagt, sich gegen die euroische Belehrung zu verwahren berechtigt sind), nnten Jahrhunderte vor unserer Zeitrechnung lähmenden Wirkungen des Hanfs und der Managorawurzel. Auch die Ägypter brachten gewisse ischläfernde Mittel zur Anwendung.

Ob ihnen die Herbeiführung einer regelrechten rkose gelungen ist, vermag ich nicht zu sagen. n mittelalterlichen Ärzten scheint sie nicht beant gewesen zu sein.

Reizvoll und psychologisch bedeutsam wäre es, nn wir etwas über die Schmerzempfindlichkeit r alten Völker erfahren könnten.

Da sich dies nur durch Vergleich ermöglichen ße, so kann dieser Wunsch Erfüllung nicht finden. is diesem Grunde erscheint es mir nicht angängig, nn öfter von der größeren Widerstandsfähigkeit herer Geschlechter gesprochen wird.

Sie mußten bei Operationen oder nach Verzungen die Schmerzen ertragen, ebenso wie auch Zeitalter der Narkose schwere Eingriffe ohne se vorgenommen werden, wenn gewisse Verltnisse dazu zwingen. Darüber kann aber Meingsverschiedenheit kaum herrschen, daß die Chirgie zu ihren Erfolgen nur mit Hilfe der Narkose mmen konnte.

Somit bedeutete die Einführung des Stickstoffyduls (Lachgas) 1772 durch Pristley eine ße Tat, eine noch größere die Entdeckung der thernarkose.

1831 stellte Liebig, Gießen, und zu gleicher it ein Franzose das Chloroform her, welches von mpson zum Zwecke der Narkotisierung angendet wurde, und die weitgehendste Verbreitung wann. Damit begann einer der ruhmvollsten schnitte der Chirurgie. Vereinzelte Todesfälle eben dafür maßgebend, jede Narkose besonders rsichtig einzuleiten und ihren Ablauf zu verfoln; manche Ärzte sahen sich durch jene tragischen vischenfälle veranlaßt, zur Äthernarkose zurückzukehren. Vielfach wurde und wird ein Gemisch von Chloroform und Äther, in letzter Zeit vereinigt mit der Zuführung von Sauerstoff, gebraucht, so daß von einer „Gefährlichkeit" der Narkose heute nicht gut mehr die Rede sein kann.

Als gefahrlos kann sie aber nicht bezeichnet werden. Darum wurde die örtliche „Anästhesie" (ebenso der Skopolamin-Morphium-Dämmerschlaf) mehr und mehr ausgebaut und angewendet.

Lange aber bevor die Narkose bekannt und eingeführt worden war, wurden Eingriffe an und bei Hypnotisierten vorgenommen. Die Hypnose war das Frühere, die Narkose das Spätere. Es ist nicht ganz verständlich, wie es kam, daß sich die Chirurgie dieses Hilfsmittels in neuerer Zeit so gut wie nicht erinnert und bedient hat. Denn nachdem die Tatsache, daß bei Hypnotisierten herabgesetzte bis aufgehobene Schmerzempfindlichkeit beobachtet wird, feststehend war, so lag es nahe, die auf hypnotischem Wege erzeugbare Analgesie in der Chirurgie zu verwenden. Und zwar lag dies um so näher, als die zu Eingang dieses Abschnitts erwähnten Abhandlungen praktische Unterlagen boten, wie beispielsweise die Mitteilungen von Menath de Chesenais, Tatzel, Schmeltz (Entfernung eines Mammasarkoms während der Hypnose in einstündigem Eingriffe), Bourdon (Operation eines Fibroms der Gebärmutter).

Schon vor Braid, auf dessen bedeutsamen Einfluß wir gleich zurückkommen werden, war die Hypnose in der kleinen Chirurgie angewendet worden. Nach seinen Veröffentlichungen hat dann in großem Umfange Esdaile (seit 1845) mehrere hundert große chirurgische Eingriffe in suggestiv erzeugter Analgesie auszuführen gewagt. Hierbei hat es sich also nicht um Entfernung von Zähnen oder Spaltung einer kleinen Eitergeschwulst, sondern um Absetzung von Gliedmaßen, Auslösung großer Wucherungen usw. gehandelt. Wenn die Angabe (ich entnehme diese dem bereits erwähnten Werke von Hirschlaff), daß Esdaile nur 5,5 v. H. Todesfälle zu beklagen hatte, richtig ist, so wäre es wohl angezeigt gewesen, dieser Mitteilung recht große Beachtung zu schenken.

Van Renterghem berichtet über die Hautdeckung eines schweren Dammrisses, ausgeführt in leichter Hypnose; anderen gelang die Einrichtung von Brüchen und Verrenkungen, gelangen schmerzlose Entbindungen bei Hypnotisierten.

Diese Erfolge haben wohl darum so wenig Aufmerksamkeit erregt, weil ihrer Verbreitung und Anerkennung die Geschichte der Hypnose hindernd im Wege stand. Für viele war und ist diese ein



Zweig okkulter Wissenschaft, darum kann es nicht allzu sehr wundernehmen, daß man ihre Früchte — im Verborgenen — weiterblühen ließ. „Nicht allzu sehr" — einigermaßen verwunderlich ist es doch, daß sich die Chirurgie und Gynäkologie für eine ihren besonderen Zwecken so außerordentlich dienliche Erleichterung, welche zu einer wesentlichen Verminderung der Gefahr und Verantwortung geführt hätte, nicht oder nur ausnahmsweise eingesetzt hat.

Die Narkose-Hypnose.

Wenn zwecks leichterer Herbeiführung der Hypnose ein Einschläferungs- oder Betäubungsmittel gegeben wird, dann sprechen wir von Narkose-Hypnose.

Bei einer hypnotischen Behandlung im engeren Sinne des Wortes erachte ich die Verabfolgung von irgendwelchen einschläfernden Mitteln für überflüssig, wenn nicht sogar darum verwerflich, weil die durch die Hypnose zu erzeugende suggestive Beeinflussung dadurch insofern gestört werden könnte, als der Kranke die Wirkung mehr dem Medikamente denn der Hypnose zuschreibt. Ich bin bei meinen Hypnosen stets ohne solche unterstützende Maßnahmen ausgekommen.

Wenn es sich aber um operative Eingriffe han delt, dann ist die Vereinigung von betäubenden Mit teln (primär) mit der Hypnose (sekundär) ohn Zweifel von erheblichem Vorteil. Hirschlaf (l. c) wandte Chloroform oder Äther, später Skopo lamin in der Form des Morphium-, Euskopol-Na kosegemisches an.

Die Narkose-Hypnose ist u. a. von dem Gynäko logen Hallauer, dem Otorhinologen Bartl dem Neurologen Rothmann, dem Pädiater Gu liver, dem Chirurgen Mitchel erfolgreich a gewendet und empfohlen worden. Mitchel b diente sich der Hypnose auch nach beendeter Op ration, indem er auf suggestivem Wege die Schme zen nach dem Eingriff und die Schmerzerir nerung bannte.

(Es folgen weiter u. a. die Kapitel:

Die Hypnose als diagnostisches Hilfsmittel der Chirurgie.

Die Hypnonarkose.

Vorteile der Hypnonarkose.

Allgemeinnarkose, Lokalanästhesie, Hypnona kose.

Als Anhang: Stellung der medizinischen Psy chologie — der Psychotherapie — in der Medizin

---

Ärztliche Organisation der Irrenanstalt.

Von **Otto Rehm.**

Zu meiner in der Münch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 21 unter obigem Titel erschienenen Arbeit sind in Nr. 13 und 14 der psych.-neur. Wochenschr. von Vollrath, in Nr. 23 und 24 ders. Zeitschr. von Hellmut Müller Bemerkungen gemacht, welche teilweise einer Erwiderung bedürfen und eine Klarstellung meiner Ansichten erfordern.

Vollrath und Müller stimmen darin überein, daß nach meinen Vorschlägen den Abteilungs- bzw. den jüngeren Oberärzten und den Anstaltsärzten keine genügende Selbständigkeit verbleibe. Gewiß, das Selbständigkeitsverlangen ist bei jedem strebsamen Arzte etwas sehr natürliches und auch wünschenswertes. Worin liegt aber die Selbständigkeit des durchschnittlichen Anstaltsarztes? Er kann Verlegungen von seiner Station auf eine andere vornehmen, er behandelt seine Kranken körperlich, auch bis zu einem gewissen Grade psychisch selbständig, und er darf, wenn es hoch kommt, Briefe der Angehörigen selbständig beantworten.

Diese Selbständigkeit würde auch nach meinem Schema den betreffenden Ärzten bleiben. Sie wü den aber etwas dazu erwerben, nämlich eine wis senschaftliche Anleitung zur Kranke untersuchung nach allen Richtungen, ferner wis senschaftliche Ratgebung bei allen Fr gen der Krankenbehandlung. Gerade das fehlt jet den Anstaltsärzten besonders der größeren Anst ten. Wer soll es tun? Der Direktor? Er i überhäuft mit Verwaltungstätigkeit. Der Obe arzt? Er ist ein unhaltbares Mittelding zw schen Direktor und Abteilungsarzt, ein Tors soweit er nicht eben selbst einfach Abte lungsarzt ist. Er hat meist nicht die geringste Mö lichkeit, auf die anderen Ärzte einzuwirken, wei er dazu wirklich wissenschaftlich im Stande se sollte. Dagegen ist der selbständig leitende Ar den Ärzten ein wertvoller Konsiliarius, weil er wi senschaftlich anerkannt ist; er kennt außerdem d Kranken seiner ganzen Abteilung und trägt die Ve antwortung für das tadellose Funktionieren sein Abteilung nach allen Richtungen. Er muß sich m seinen Ärzten vertragen, wenn er etwas aus ihm herausholen will, und das wird ihm nur geling



/enn er mit Geschick die Geschäfte so verteilt, daß :ufriedenheit herrscht. So muß ja jetzt ein Direk- or im Großen auch verfahren.

Das Prinzip der Tüchtigkeit muß in en Anstalten rücksichtslos durchgeführt werden; er Untüchtige wird zu gunsten des Tüchtigen zu- ickgestellt. Dies wird freilich der langweiligen nd den Untüchtigen unrechtmäßigerweise zu gute ommenden Gleichmacherei ein Ende bereiten und isofern von manchem beklagt werden.

Daß Müller die „Wissenschaft" als mt verteilen will, ist wohl nicht ernst zu neh- :en; sollte es sich nicht um einen Druckfehler in einer Arbeit handeln?

Interessant ist das, was Müller über die „gespaltene Persönlichkeit" der Direk- oren erwähnt. Ich denke, daß der Ausdruck in :n Anstalten zu einem geflügelten Wort werden ird. Gerade die gespaltenen Persönlichkeiten brauchen wir, sie sind das Ideal der Anstaltsdirektoren. Weil sie aber so selten sind, wie Müller mit Recht sagt — ob auch deswegen, „weil sie keine Lust haben" zur Krankenbehandlung, will ich dahin gestellt sein lassen — aus diesem Grunde sind eben die ganzen Persönlichkeiten als Wissenschafter in leitenden Stellen nötig. Die gespaltene Persönlichkeit mag dann die andere oft unangenehme Bürde der Verwaltung und hygienischen Leitung der Anstalt übernehmen. Der Kritik Müllers an den Vorschlägen Vollraths bzgl. eines Verwaltungskollegiums stimme ich bei. Vollraths Kritik an der von mir angeführten Beobachtungsstation für forensische Fälle ist berechtigt; ich wollte meine Ausführungen so verstanden haben, daß einem leitenden Arzt das verbrecherische Krankenmaterial, das vielfach in eigenen Stationen, sog. „festen Häusern" vereinigt ist, übertragen werden könnte.

Pananismus.

Von J. Bresler.

„Das Aufspießen des Verdammten führt mich : einer Analyse, die mir allerlei Dunkles aufge- ellt hat. In vielen Erzählungen und ebenso in ner Reihe von Analysen, beispielsweise in der om Rasiermesser, tritt der Teufel als ein schwar- r Kerl auf; er fällt damit mit dem bekannten hwarzen Einbrecher zusammen, den so viele auen — auch Männer — unter ihrem Bett oder nter der Gardine suchen, weil sie annehmen d wünschen, daß sein gezückter Phallusdolch Tätigkeit treten werde; auch bei den, soviel ı weiß, allen Frauen gemeinsamen Vergewalti- ngswünschen — die Vergewaltigung ist der ein- ;e wirkliche Liebesbeweis, den die Frau gelten sen kann — ist der Verbrecher meist schwarz, enn er nicht nach irgend welchen persönlichen fahrungen in spezialisierten Formen erscheint; in den letzten Jahrzehnten hat die Assoziation ıwarz — Vergewaltigung — Wollust zu den selt- nen Liebesverhältnissen von Frauen und Back- chen mit den Hagenbeckschen Negertrupps ge- ırt, während dieser Wunsch seit dem Kriege in r Form der Angst vor der geilen Raserei der lonialsoldaten sehr häufig auftritt. Man geht ohl nicht fehl, wenn man diese Schwarzfärbung s Teufels- und der Liebes- und Angst-Personi- ationen als Verkörperung des Geheimnisses der cht, der schöneren Hälfte des Tages, und des heidendunkels auffaßt, wozu dann noch kommt, daß Schwarz im Gegensatz von Weiß die aufregende Sünde gegenüber der immer langweiligen Unschuld repräsentiert. Mit alledem ist aber noch nicht erwogen, warum der Teufel statt schwarz braun auftritt, und zwar verhältnismäßig häufiger. Mir persönlich hat jene vorhin angedeutete Analyse einer alten Dame eine Erklärung gegeben, die ich allerdings niemandem aufdrängen, aber doch mitteilen will. Die Dame hatte die Vorstellung, daß ihr der Teufel einen Spieß in den After stekken und im Darm hin und her drehen werde. Sie steht seit frühester Kindheit unter dem Zeichen der Analerotik und hat, wie es so vielfach, man könnte fast sagen, allgemein geschieht, die gegen den Ausgang drängende und zurückgedrängte Kotwurst unbewußt als Selbstbefriedigungsinstrument benutzt und gedenkt nun diese Art der Belustigung in alle Ewigkeit fortzusetzen. Die braune Farbe ihres Teufels erklärt sich dabei von selbst, und was bei ihr gilt, gilt nach meiner Meinung allgemein. Die Sage von dem Teufelsgeld, das sich in Kot verwandelt, bekommt damit eine klarere Beleuchtung. Die Hölle würde dann in den Hintern des Menschen zu verlegen sein und der stinkende Teufel wäre der Kot selbst, was ja bei dem überall gültigen Parallelismus Scheide-After, Schwanz und Wurst nicht weiter erstaunlich ist. Ich darf wohl bei dieser Gelegenheit erwähnen, daß mir trotz aller Arbeiten über Analerotik die



Rolle des als Penis geformten Kotstückes in dem Leben des Menschen nicht genug betont zu sein scheint. Die Befriedigung, die der Wunsch aus den Stuhlgangsnöten zieht, lernt er eher kennen als die genitale, er benutzt sie ausgiebiger als die genitale und sie bleibt ihm für alle Phasen seines Lebens treu bis in den Moment des Todes hinein. Für die Behandlung von Verstopfung und Durchfall, aber auch für die Beurteilung des ganzen menschlichen Lebens in all seinen Formen ist die Erkenntnis, daß der Selbstbefriedigungstrieb seinen Sitz neben allen anderen Zonen von Anfang an in der Afterzone hat und dauernd behält, unentbehrlich. Es handelt sich dabei nicht um bestimmte erotische Klassen von Menschen, vielmehr ist jeder ohne Ausnahme genau so Analerotiker wie Genitalerotiker. Wir alle sind an diese Art der Selbstbefriedigung durch den Kot so gewöhnt, daß wir sie uns kaum noch in das Bewußtsein kommen lassen. Eine bestimmte Art der Muskelzusammenziehung, die das Zurückklemmen einer drohenden Entleerung willkürlich nachahmt, wird jedoch jeden belehren, was es eigentlich für ein Bewandtnis mit der Analerotik hat."

Dies in einem Aufsatz: „Wunscherfüllungen der irdischen und göttlichen Strafen" in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse, offizielles Organ der „Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung", Wien 1920 VI. Jahrg. H. 3 S. 224 und 225. Druck und Verlagshaus Karl Prochaska, Teschen.

Obige wörtliche Inhaltsangabe genügt, um zu zeigen, wohin sich die Psychoanalyse verirrt und wie sich diese Verirrung gestaltet.

Wir besitzen zwar schon Fremdwörter genug [...] der Medizin, aber es läßt sich schwer ein zwec[k]mäßiger deutscher Ausdruck für die Richtung fi[n]den, nicht als ob die deutsche Sprache für irge[nd] etwas keine eigene Bezeichnung hätte oder er[...]stehen lassen könnte; sondern die etwa in B[e]tracht kommenden Worte sind entweder bere[its] zu reichlich mit Nebenbegriffen oder mit zu se[hr] enggefaßten Begriffen verknüpft; und so glau[be] ich: **Pananismus** dafür vorschlagen zu s[tel]len (von dem griechischen Wort pan, all, ganz, [wie] es in so vielen Verbindungen verwendet wird, u[nd] dem lateinischen anus); also der Glaube, daß „j[e]der ohne Ausnahme genau so An[al]erotiker wie Genitalerotiker" ist, u[nd] jenes früher als dieses und „bis [in] den Moment des Todes hinein".

Leider gibt es manche, die dieser panani[sti]schen Weltanschauung — so kann man die Ve[rir]rung wohl nennen — zugänglich sind, sei es [daß] sie, und zwar halbgebildet, sich von dem Reiz [der] Neuheit blenden lassen, oder daß sie — deren aber wohl nur verschwindend wenige gibt — [mit] krankhaften Organempfindungen und gleichze[itig] mit abnormer Gefühlsanlage und Phantasie bel[as]tet sind.

Um erstere brauchen wir keine Sorge zu [ha]ben; der Reiz der Neuheit wird bald schwinden; [es] steht nicht zu befürchten, daß zu den vielen S[ek]ten eine solche von Pananisten auftritt. Den [an]deren wird man durch Aufklärung und ärztl[iche] Behandlung zu helfen suchen müssen.

Mitteilungen.

— Herrn Geheimen Sanitätsrat Dr. **Paetz**, Direktor der Landesheilanstalt Alt-Scherbitz (Prov. Sachsen), dem Begründer der neuzeitlichen Irrenpflege und Anstaltsbauart, bringen wir zum heutigen Tag als seinem **70. Geburtstag** die herzlichsten Glückwünsche dar.

(Ein Bild von Herrn Geh. Rat Paetz befindet sich in Nr. 15 Jahrg. 1901-02 S. 155 dieser Wochenschrift.)

— **Reichsverband.** Nachstehend bringen wir eine Erklärung des badischen Einzelverbandes zur allgemeinen Kenntnis:

Karlsruhe, den 6. November 1920.

Innerhalb des Reichsverbandes der beamteten deutschen Irrenärzte haben die Einzelverbände Baden, Bayern, Hessen und Württemberg eine Arbeitsgemeinschaft gegründet und sind heute nach eingehender Prüfung der Sonderverhältnisse in den einzelnen Staaten übereingekommen, folgende Mindestforderungen bezüglich der Einstufung der beamteten Irrenärzte bei Revision der Besoldungsordnung zu erheben:

1. Nicht festangestellte Ärzte an Anstalten erha[lten] im ersten Jahr 80, im zweiten 90, im dri[tten] 95 v. H. der Gruppe X und werden nach [...]jähriger fachärztlicher Tätigkeit unbeschadet besonderen landesüblichen Bedingungen planm[äßig] in Gruppe X angestellt.
2. Die festangestellten Ärzte werden spätestens [nach] siebenjähriger Zugehörigkeit zu dieser Gr[uppe] nach Gruppe XI überführt.
3. Die Ärzte der Gruppe XI werden in Rücksicht [auf] ihre größere fachärztliche Erfahrung oder verantwortungsvolleren Dienstobliegenheiten [min]destens zu 33⅓ v. H. der festangestellten Ä[rzte] der genannten Gruppen nach Gruppe XII [ge]hobene Stellen) befördert.
4. Die Direktoren der Heil- und Pflegeanst[alten] werden in Gruppe XIII eingereiht.



Etwaige Härten, die sich infolge einzelstaatlicher onderheiten ergeben, sollen durch Verhandlungen mit i betreffenden Einzelverbänden vermieden werden.

Wir bemerken, daß unsere Forderungen mit denen ; Reichsverbandes der beamteten deutschen Irrente sinngemäß übereinstimmen; diese sind in einzelnen waltungsbezirken schon verwirklicht.

I. A.: gez. Schultes, Medizinalrat, ırzt an der Heil- und Pflegeanstalt Illenau in Baden.

Buchbesprechungen.

— Groß, Dr. Otto: Drei Aufsätze über den innen Konflikt. Abhandl. a. d. Gebiete der Sexualforung 1919-20 Band II Heft 3. 39 S. Bonn, A. Mar- und E. Webers Verlag. Einzelpreis 4,80 M, Vorspreis 3,60 M.

„Die neue Denkweise in der Psychopathologie führt lenstörungen auf inhaltlich bestimmte Grundingungen zurück; sie ruht auf der Kenntnis der typien Ausgangslage für schädigende Konstellationen der ochischen Inhalte, des Aufeinandertreffens n unvereinbaren Impulsen. Der Ursprung ses Wissens war die Entdeckung C. Wernickes ı der Bedingtheit affektiver Überwertigkeiten durch Bestehen von unlösbaren inneren Konkten." So beginnt der erste Aufsatz: „Über Kont und Beziehung".

Weder ist das erste zutreffend — denn das Bestre- dem Inhalt von Psychosen näherzukommen, ist ht alt, man vergleiche die vielen Arbeiten über ranoia in den 70er bis 90er Jahren, und wenn da- die Psychoanalyse gemeint ist, so ist es, wenn überpt, ein verschwindend kleiner Bruchteil von Seelenrungen, wo man vielleicht auf dem Wege der ychoanalyse den dunklen Weg der Wahnbildung eine ecke, aber nicht bis ans Ende aufhellen kann — noch es vor Wernicke der Menschheit unbekannt gesen, daß bei unlösbaren inneren Konflikten Gedangebilde entstehen (oder daß es diese Konflikte selbst d), an denen nicht gerührt werden darf, ohne das ze Seelenleben der betroffenen Persönlichkeit in fruhr zu bringen.

„In der sadistisch-masochistischen Verbildung der ßen Triebe beruht die Pathologie der Beziehung" 9).

So geht es weiter zu Analerotik, Päderastie usw. — n ganzen Pentateuch der Analgrübelei.

Der zweite Aufsatz betitelt sich: „Über Einsamt". „Dem Kinde muß Liebe absolut bedingungslos eben werden, befreit von jedem, auch nur scheinen Zusammenhang mit Forderungen welcher Art h immer, als reines Bejahen der Individualität um s Eigenwertes willen, und jeder keimenden Eigen-" Wieder eine unglückliche Verallgemeinerung!

Dritter Aufsatz: „Beitrag zum Problem des Wahns". herscht also der Wille zur Macht, der Sadismus, die stehung der Psychose, so kommt es zur Paranoia Erhaltung der orientierenden, die Umwelt beherrenden Geistesfunktionen. Ist Masochismus das gestaltende Prinzip der Pychosenbildung, so kommt es zur Schizophrenie mit Selbstüberlassung an das, was aus dem Unbewußten überwältigend aufsteigt und andere Gesetze hat als die des Verstandes und des Geschehens in der äußeren Welt" (S. 39).

Dazu erübrigt sich jeder Kommentar! B.

— Galant, S., Belp bei Bern: Algohalluzinosis. 221 S. Mit 8 Abb. im Text. Berlin 1920, Verlag von August Hirschwald. 28,00 M.

„Die Anschauungen über Sexualität und Algohalluzinosis, die wir in diesem Buche äußern, beruhen auf einer gründlichen Analyse dreier Kranker, die man bisher der Gruppe des Paranoids oder der Katatonie der Dementia praecox zugezählt hat, die wir aber jetzt als eine andere Krankheit auffassen und aus der Dementia praecox unter dem Namen Algohalluzinosis ausscheiden, sowie auf allerlei anderen Beobachtungen, die wir im Leben und in der Klinik machten."

„Die Algohalluzinosis hat mit der Dementia praecox nichts zu tun. Die Dementia praecox ist eine Erkrankung, wo die intellektuelle Seite der Psyche hauptsächlich betroffen wird, die Sexualität aber gar nicht oder sehr gering berührt wurde. . . . Bei der Algohalluzinosis dagegen ist das sexuelle Leben des Kranken angegriffen, die intellektuelle Seite ist normal, entsprechend dem Bildungsgrade der Person."

„Wir werden sehen, daß das einzig primäre Symptom der Algohalluzinosis, die Halluzinationen, nicht nur kein „Negativ der Perversion", wie Freud von den Symptomen der Neurosen behauptet, sondern eine direkte Befriedigung der Perversion sind."

Dies aus dem Vorwort.

Algohalluzinosis ist von Halluzinosis algolagnika abgeleitet.

„Wir definieren das Unbewußte als die Entäußerungen und Wandlungen unseres Trieblebens" (S. 6).

„Das Unbewußte ist unsere Sexualität. Wir modernen Menschen haben keine anderen Triebe, als die sexuellen. Die Kultur hat uns, mit Ausnahme der sexuellen, alle anderen Triebe weggenommen" (S. 6).

„Du" — gemeint ist ein russischer Revolutionär — „sprichst wie ein Masochist, tust aber wie ein Sadist . . ." (S. 56).

„Die höhere allgemein anerkannte Liebe, die christliche, ist die pathologische, masochistische Liebe. Jesus war ein Masochist und seine Lehre ist die des Masochismus" (S. 56).

„Jesus war der größte uns bekannte Masochist" (S. 57).

„Die höhere und höchste Liebe, die christliche, ist die krankhafte, die pathologische, mit der menschlichen Natur unverträgliche" (S. 58).

„Diese pathologische, christliche Liebe führt gar nicht selten, wie wir gleich in der ‚Theorie der Algohalluzinosis' sehen werden, zum Wahnsinn, zur Algohalluzinose" (S. 58).

„Die Psyche setzt sich aus drei Grundelementen zu-



sammen: dem Unbewußten, der Affektivität und dem Bewußten" (S. 59.)

„Der algohalluzinatorische Anfall stellt einen Kampf zwischen dem Bewußten und Unbewußten dar" S. 62).

„Wir konnten uns im vorigen Kapitel überzeugen, daß die Algohalluzinosis eine Liebeskrankheit ist, eine Krankheit, die schon im Altertum wohlbekannt war, und die die Schulamith im Canticum canticorum zu schildern suchte und bis zu einem gewissen Grade es auch gelungen machte. Die Schulamith nennt sich aber direkt ‚krank vor Liebe'" (S. 64).

„Die Halluzinationen sind sexuelle Wunscherfüllungen — Wunschhalluzinationen" (S. 64).

Es folgt die Psychoanalyse einer „algolagnischen" sadistisch-masochistischen Mörderin.

Die Studie ist Ernst Siemerling gewidmet.

Therapeutisches.

— **Über die Behandlung septischer Aborte und Geburten mit Argochrom.** Von Dr. Erich Kleemann. Berl. klin. Wochenschr. 1920 Nr. 3.

Versuche in 13 teils sehr schweren Sepsisfällen, in vier davon Streptokokken bzw. Staphylokokken im B[...] nachgewiesen. Ausgenommen zwei Fälle mit letal[em] Ausgang entfieberten alle nach einer, höchstens dr[ei] intravenösen Injektionen von 0,2 g Argochrom. Bei d[er] Einspritzung bemerkt man häufig an den Skler[en,] Schleimhäuten, Nasolabialfalten bläuliche Verfärbung[,] in einem Falle wurde das Gesicht für einige Min[uten] fast dunkelschwarz; sehr oft stark perlender Schweiß [im] Gesicht. Eiweiß wurde nach den Einspritzungen n[...] gefunden. Mit dem Abfall der Temperatur ging pro[...] Abfall der Pulsfrequenz einher. Die Beschaffenheit [des] Pulses hob sich, das Allgemeinbefinden besserte sich [zu-]sehends. Als besonders interessant wird ein Fall [be-]schrieben, in dem zwei Tage nach spontanem Pa[rtus] dauernd Abendtemperaturen bis über 40°, nur an [...] Tagen auf 39 bzw. 38,5° heruntergehend, vorha[nden] waren. Puls dauernd weit über 100. Am vierzeh[nten] Tag des Wochenbetts zur Uterusexstirpation dem K[ran-]kenhaus überwiesen. Angesichts des normalen Ge[nital-]befundes zunächst versuchsweise Argochrominjekt[ion,] worauf die Temperatur abends nur noch auf 38,8 ging; [nach] eine zweite Injektion am nächsten Tag blieb Pati[entin] dauernd fieberfrei; Pulsfrequenz nie über 96.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 43/44. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.
Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.
Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.
Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Geh. San.-Rat Prof. Dr. K. Alt Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. Beyer, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. Bleuler, Zürich, San.-Rat Dr. Deiters, Düren, San.-Rat Dir. Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dir. Dr. Fischer, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. Friedländer, Littenweiler b. Freiburg i. Br., San.-Rat Dir. Dr. Herting, Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. Ilberg, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), San.-Rat Dir. Dr. Kluge, Potsdam, San.-Rat Dir. Dr. Lehmann, Hartheck, Geh. San.-Rat Dr. Mercklin, Treptow a. R., Dir. Dr. v. Olah, Budapest, Prof. Dr. A. Pilcz, Wien, Reg.-Rat Dr. H. Schlöß, Wien, Geh. Rat Prof. Dr. E. Schultze, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen, Reg.-Rat Dr. Starlinger, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Ob.-Med.-Rat Dir. Dr. Vocke, Eglfing b. München, Prof. Dr. H. Vogt, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. Dr. L. W. Weber, Chemnitz-Hilbersdorf, Dir. Prof. Dr. med. et phil. W. Weygandt, Hamburg.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 43/44. 29. Januar **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jede Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26.
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.
Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Aus der kriegspsychiatrischen forensischen Praxis.

(Fortsetzung und Schluß.)

Begutachtung in einem Falle von Anklage wegen Kunstfehlers und fahrlässiger Tötung.

Militärsanitätskomiteegutachten, Referent Professor Dr. **Alexander Pilcz**, Wien.

In einem Militärspitale mit psychiatrisch-neurologischer Abteilung hatte ein als Reserveregimentsarzt einberufener Nervenspezialist gewirkt. Es ereignete sich, daß ein schwer tobender Kranker nach Injektionen plötzlich starb. Kurze Zeit nach diesem Unglücksfalle trug sich ein zweiter zu: Ein Mann verschied plötzlich, während er gerade von diesem Arzte elektrisiert wurde. Es sprach sich nun herum, daß der Arzt als „Simulantenfresser" berüchtigt sei, daß er Kranke martere, und der Militäranwalt erhob die Anklage. Aus dem umfangreichen Aktenmaterial sei u. a. nur erwähnt, daß der elektrische Apparat, mit dem der Arzt ständig gearbeitet hatte, auch von einem Sachverständigen in Elektrotechnik geprüft wurde, welcher, bei Einschaltung der maximalsten, mit diesem Apparate überhaupt erreichbaren Stromstärken, sich selbst in den Stromkreis eingeschaltete und die Ungefährlichkeit desselben demonstrierte.

Bevor nun in eine Hauptverhandlung eingegangen wurde, stellte das Gericht an das Militärsanitätskomitee eine Reihe von Fragen, unter Zusendung des ganzen Aktenmateriales. Im folgenden werden punktweise die gestellten Fragen und deren Beantwortung durch das Militärsanitätskomitee wiedergegeben.

1. Ist in der neurologisch-psychiatrischen Praxis die Anwendung der Elektrizität allgemein üblich?

In der neurologisch-psychiatrischen Praxis ist die Anwendung der Elektrizität allgemein üblich, und zwar sowohl für Untersuchungs- wie zu Behandlungszwecken. Speziell gilt dies von den hysterischen Psychosen, deren einzelne Symptome durch Elektrisieren häufig prompt zum Schwinden gebracht werden können. In dieser augenblicklichen Beeinflußbarkeit durch den elektrischen Strom liegt zugleich ein wichtiges, zuweilen ausschlaggebendes Unterscheidungsmerkmal gegenüber ähnlich aussehenden Zuständen, wie z. B. im Rahmen des epileptischen Irreseins, gewisser jugendlicher Verblödungsprozesse u. dgl. Es sagt z. B. Kraepelin (Lehrbuch, VIII. Aufl., Bd. 4 S. 1698 ff): „. . . Nicht selten zeigt es sich, daß durch Wiedererweckung der meist gleichzeitig ver-



loren gegangenen Empfindlichkeit . . . auch die Beweglichkeit wiederkehrt. Diesem Zwecke dienen starke Hautreizungen mit dem faradischen Pinsel", ferner: „Krampfanfälle und Dämmerzustände lassen sich durch kalte Übergießungen oder durch den faradischen Pinsel nicht selten wesentlich abkürzen", endlich: „Ohne jeden Zweifel beruhen die Erfolge, welche hier durch die verschiedensten Heilverfahren, durch elektrische, . . . Kuren, . . . wesentlich oder vollständig auf dem G l a u b e n des Kranken." Im Lehrbuche des Ref. (III. Aufl. S. 216 ff.) heißt es: „Energische faradische Pinselung z. B. kann gelegentlich den Dämmerzustand zum Schwinden bringen", ferner: „Die einzelnen Symptome . . . können . . . rasch schwinden, als sie auch therapeutischen Maßnahmen gegenüber besonders zugänglich sind, und zwar dies in desto höherem Ausmaße, eine je mächtigere suggestive Kraft denselben innewohnt . . . Behandlung mit Elektrizität ist gleichfalls sehr zu empfehlen, wobei es auf das quomodo der Anwendung, faradisch oder galvanisch usw., herzlich wenig ankommt. Hysterische Anästhesien werden speziell auf faradische Pinselung hin prompt zum Schwinden gebracht." Aus diesen Zitaten erhellt, daß es sich hierbei 1. um einen kräftigen Hautreiz, 2. um Suggestivmaßnahmen handelt. Daß, nachdem das Verfahren schmerzhaft ist, nicht selten derart untersuchte Simulanten ihre Simulation aufgeben und eingestehen, ist ein Nebeneffekt, der mit dem Hauptziele (Diagnostik und Therapie) nichts zu tun hat.

2. Existieren bestimmte Normen hinsichtlich der Anwendung der Elektrizität zu Untersuchungs- und Heilzwecken?

Bestimmte Normen bestehen diesbezüglich nicht, wenn man von dem im Akte mehrfach wiedergegebenen K. M.-Erlaß, 14, Nr. 26 503 vom 7. Okt. 1917, absieht.[1]) Als besondere Vorsichtsmaßregel wird vielfach empfohlen, den Strom nicht direkt durch das Herz oder die nervösen Atmungszentren zu leiten, also die Elektroden nicht auf Herzgegend und auf den Nacken (Nähe des sog. verlängerten Markes — Atmungszentrum) zu applizieren. Im allgemeinen kann bezüglich der medizinisch-elektrischen Apparate gesagt werden, daß, was galvanischen und faradischen Strom anbelangt, überhaupt selbst bei Einschaltung der maximal erzielbaren Stromstärken gesundheitsschädliche oder gar lebensbedrohende Folgen n i c h t eintreten können, wie dies übrigens im vorliegenden Falle aus dem Gutachten und Selbstexperimente des Sachver- ständigen S. hervorgeht.

3. Welches sind die Wirkungen des galvanischen und faradischen Stromes auf den Menschen?

Bei den bei medizinischen Apparaten überhaupt in Betracht kommenden Stromstärken bewirkt der galvanische und faradische Strom a) in körperlicher Hinsicht: je nach der Applikationsstelle lokale Zuk- kungen der betreffenden Muskeln bzw. Muskelgrup- pen oder einen lokalen Schmerzreiz, ferner, wie jeder Schmerzreiz, eine vorübergehende Blutdruck- steigerung; b) in psychischer Hinsicht, wie schon oben erwähnt, im wesentlichen eine suggestive Wirkung.

4. Welches sind die Wirkungen des sinusoidalen Stromes?

Was den sinusoidalen Strom anbelangt, so han- delt es sich in p h y s i k a l i s c h e r Hinsicht um einen Wechselstrom, dessen An- und Absteigen graphisch dargestellt der in der analytischen Geo- metrie sog. „Sinuskurve" entspricht. In p h y s i o- l o g i s c h e r Hinsicht werden durch denselben die Empfindungsnerven weniger gereizt, auch wenn Stromstärke und Effekt so weit gesteigert sind, daß tiefliegende Organe mit ihren erregbaren Nerven- gebilden wirksam getroffen sind. Es kann daher noch ehe besonders schmerzhafte Empfindungen auftreten, der Rumpf durchströmt sein, Stromschlei- fen können das Herz erreichen, und Tierversuche haben gezeigt, daß der Sinusstrom schon bei 100 MA. durch Erzeugung von Herzflimmern töten kann, während z. B. beim Gleichstrome ganz un- vergleichlich höhere Stromstärken erforderlich sind, um das Herz zu gefährden. Der Sinusstrom wird daher beim Wechselstromvollbade, wo die auf das Herz entfallende Stromdichte einen minimalen Bruchteil der Gesamtintensität ausmacht, unbe- denklich erscheinen (NB. exakte Meßapparate vor- ausgesetzt), während seine Anwendung zur Erzeu- gung lokaler Schmerzreize gefahrbringend erach- tet werden muß. Tatsächlich haben sich in der letzten Zeit einige Todesfälle bei Anwendung des sinusoidalen Stromes ergeben (vgl. Deutsch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 26, 37, 41, 49, Münch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 32, ferner Handbuch d. ges. med. Anwendung d. Elektrizität 1909 S. 503: „Die Schädigungen durch Elektrizität" von P r é v o s t und B a t e l l i ; auf die Erfahrungen des Jahres 1917 hin erfolgte ja auch jener früher erwähnte K. M.- Erlaß.) Immerhin ergaben aber genaue Obduk- tionen jener im Jahre 1917 mitgeteilten Fälle, deren Zahl im Vergleiche zur Unzahl der bisher schadlos analog behandelten Fälle verschwindend klein ge- nannt werden muß, daß zum Zustandekommen des

[1]) Der obzitierte K. M.-Erlaß verbot grundsätzlich die Verwendung des sinusoidalen Stromes zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken.

ragischen Ereignisses neben der Wirkung des Siusstromes noch eine ganz bestimmte persönliche Veranlagung vorgelegen haben muß, der sog. Status thymicolymphaticus (vgl. darüber Punkt 6).

5. Kann der elektrische Strom den Tod herbeiführen? Wenn ja, kann diese Möglichkeit auch bei Verwendung es vom Angeklagten verwendeten Apparates der Fall ein?

Wie elektrische Hinrichtungen, zahlreiche Betriebsunfälle und das Tierexperiment lehren, kann er Gleichstrom an und für sich den Tod herbeiihren, jedoch nur bei ganz exzeptionellen Stromtärken, wie sie z. B. zu industriellen Zwecken benötigt werden, wie sie von den gebräuchlichen medizinisch-elektrischen Apparaten, so z. B. von em hier in Betracht kommenden Veifa-Werkeantostaten, niemals auch nur annähernd erzeugt erden können (vgl. dazu besonders Jellinek, Elektropathologie"; Stuttgart, Verl. Enke). Beeffs des Sinusstromes vide das sub Punkt 4 Gegte.

6. Das Militärsanitätskomitee wolle aus dem Obduknsbefunde dem Gerichte die zur Beurteilung des Falles ch ergebenden Schlußfolgerungen bekanntgeben.[2])

Bei der Obduktion der Leiche des Infanteristen . wurden eine Persistenz der Brieseldrüse, eine mphatische Konstitution, ein etwas engeres arteelles Gefäßsystem, ein schlaffes Herz mit degenertem Herzmuskel, in welchem auch rötlichaune, möglicherweise auf entzündliche Verändengen zurückzuführende Herde vorhanden waren, idlich auch in der aufsteigenden Körperschlagader lerdings geringgradige, offenbar in der mittleren rterienhaut sitzende, chronisch entzündliche Verderungen nachgewiesen. Der Träger solcher eränderungen neigt zum plötzlichen Tode, weler teils aus äußerer, teils aus innerer Ursache nz unvermittelt eintreten kann. In solchen Fällen steht in der Regel ein Mißverhältnis zwischen m den Eintritt des Todes auslösenden Momente d der Intensität der bei der Obduktion gefundenen ankhaften Veränderungen. Auch bei der Einwirng selbst schwacher elektrischer Ströme, wie im rliegenden Falle, können solche Individuen plötzh sterben. Die Ursache des plötzlichen Todes ist nn in den krankhaften Veränderungen des Trärs zu suchen, während die Einwirkung des elektriien Stromes nur die Veranlassung des plötzlichen des abgibt. Es hätte also im vorliegenden Falle r plötzliche Tod auch bei irgendeiner anderen Gelegenheit, z. B. körperlicher Anstrengung, Schrecken, reichlicher Mahlzeit usw. eintreten können.

Die im Gehirn und an den Gehirnhäuten konstatierten Veränderungen sind so geringgradig und vieldeutig, daß, ohne mikroskopische Untersuchung, über einen etwa vorhandenen organischen Gehirnprozeß nichts ausgesagt werden kann.

Die im äußeren Befunde des Obduktionsprotokolles beschriebenen Veränderungen an der Haut sind zwar keine spezifischen elektrischen Hautveränderungen, doch können speziell die kratzerartigen Läsionen am Hodensacke und im Bereiche des Gesichtes, wo tatsächlich der elektrische Pinsel appliziert worden war, durch Stromübergang erzeugt worden sein, da es eben Hautveränderungen gibt, welche sicher durch den Übergang des elektrischen Stromes hervorgerufen werden, die aber nicht jene spezifischen Eigenschaften aufweisen, wie wir sie beim Stromübergang auf die Haut in der Regel sehen.

7. Hätte der Angeschuldigte die im Obduktionsprotokolle beschriebenen Veränderungen der inneren Organe, welche auf eine besondere Eigentümlichkeit der Beschaffenheit des X. hinweisen, bei sorgfältiger Untersuchung schon zu Lebzeiten erkennen können?

Kein Fachmann ist imstande, mit Sicherheit am Lebenden die bei der Obduktion im vorliegenden Falle gefundenen Veränderungen zu diagnostizieren. Inkulpat war daher außerstande anzunehmen, daß seine Untersuchungsmethode, welche an Tausenden und Abertausenden in der Friedens- wie Kriegspraxis geübt worden ist, eine Gefahr für Leben, Gesundheit und körperliche Sicherheit herbeizuführen oder zu vergrößern geeignet ist.

8. Ist die Untersuchung mit einem Perkussionshammer in der neurologischen Praxis allgemein üblich?

Die Untersuchung mit einem Perkussionshammer zur Prüfung der Sehnenreflexe, lokaler Klopfempfindlichkeit u. dgl. ist in der neurologischen Praxis allgemein üblich. Wenn der Beklagte damit zugleich manchmal die Absicht verband, Schmerzreize auszuüben, so wäre diesbezüglich nur zu wiederholen, was in Punkt 1 von dem elektrischen Strome gesagt wurde.

9. War die Verwendung der im Fall Y. gebrauchten Arzneimittel unbedingt erforderlich oder standen dem Beklagten, nach dem Stande der Wissenschaft, andere Maßregeln zu Gebote?

In modern ausgestatteten, mit genügend zahlreichem und genügend geschultem Pflegepersonale versehenen Irrenanstalten kommt man gewöhnlich zur Beruhigung der Tobsüchtigen mit protrahierten Bädern, Isolierung und Bettbehandlung aus. Auf

[2]) Punkt 6 wurde von Stabsarzt Prof. Dr. Reuter, zeit Ordinarius für gerichtliche Medizin in Graz, beeitet.

Beobachtungsabteilungen dagegen, namentlich in überfüllten Spitälern, bei Transporten usw. muß man zu mechanischen Zwangsmitteln, wie Zwangsjacke u. dgl., vor allem aber zu gewissen beruhigenden bzw. betäubenden narkotischen Mitteln greifen. Als solche bewährten sich seit vielen Jahren Hyoszin und Morphin. Gerade die Kombination dieser beiden Mittel wird allgemein bevorzugt, da sich hierbei die narkotischen Wirkungen einerseits summieren, die giftigen Wirkungen jedoch, da es sich um pharmakodynamische Gegengifte handelt, abgeschwächt werden. Als wirksame Dosis ist beim Erwachsenen 0,0005 bis 0,001 für das Hyoszin, 0,005 bis 0,01 für das Morphin ausprobiert. Es muß bei dieser Gelegenheit betont werden, daß die sog. Maximaldosen — es gibt deren je eine als Einzel- und eine als Tagesmenge „pro dosi" und „pro die" — in der Praxis gar nicht selten vom Arzte mit voller Absicht überschritten werden, wenn er sich davon überzeugt hat, daß sie im konkreten Falle unwirksam sind. „Maximaldosis" heißt nicht so viel, daß die betreffende Menge unter keinen Umständen überschritten werden darf, sondern nur, daß es sich bei noch höheren Dosen um ungebräuchlich große Mengen handelt, zu deren Verschreibung der Arzt einen ganz besonderen Grund haben muß; und der Apotheker darf daher eine die Maximaldosis übersteigende Menge nur dann dispensieren, wenn der Arzt durch ein Ausrufungszeichen, ev. noch durch Ausschreiben der Dosis in Buchstaben statt in Ziffern, in untrüglicher Weise zeigt, daß er wirklich die betreffende Dosis verordnet haben wollte. Von der Maximaldosis liegt aber noch weit entfernt die lebensgefährliche, und noch weiter die tödliche Dosis.

Die Maximaldosen sind für das Hyoszin 0,001 pro dosi, 0,003 pro die, für das Morphin 0,03 pro dosi, 0,1 pro die. Die Dosis letalis (tödliche Dosis) liegt um 0,1 herum für das Hyoszin, d. h. ein wenig niedriger als beim chemisch verwandten Atropin; beim Morphin, wenn es sich nicht um Morphiumgewöhnte handelt, um 0,2 bis 0,25. Im Handbuche der gerichtl. Sachverständigentätigkeit von Dittrich, VII. Bd. I. Teil, H. 2, Erben, „Die Vergiftungen", S. 598 ff. und S. 659 ff., wird übrigens u. a. betont, daß besonders tolerant gegen das Morphin maniakalisch Geisteskranke usw. sind, ferner mit Atropin Vergiftete durch Gegengiftwirkung, worauf ja bereits angespielt worden ist.

10. Welche Quantitäten enthalten die vom Beklagten verwendeten Phiolen der Fa. Bernatzik?

Die allgemein in Österreich und Deutschland gebräuchlichen zugeschmolzenen Phiolen der Fa. Bernatzik enthalten 0,001 Hyoszin + 0,01 bis 0,02 Morphin.

11. Hat der Beklagte die Maximaldosen im Fall Y überschritten?

Wenn als erhoben angenommen wird, daß die um 2 Uhr nachmittags verabfolgte Injektion bei dem Y. eine Doppelte war, d. h. 0,002 Hyoszin und 0,04 Morphin, die um 6 Uhr nachmittags gegebene eine einfache, d. h. 0,001 Hyoszin und 0,02 Morphin, so ist die Maximaldosis pro dosi bei der ersten Injektion überschritten, bei der zweiten hinsichtlich des Hyoszins eben erreicht, hinsichtlich des Morphins noch nicht. Die Maximaldosis pro die ist um 6 Uhr nachmittags für das Hyoszin eben erreicht, beim Morphin noch nicht. Daß die angegebenen Mengen pro dosi noch lange nicht an die dosis letalis heranreichen, geht aus dem im Punkt 9 Gesagten hervor; daß die Wirkung der ersten, an sich ungebräuchlich hohen Dosis zur Zeit der zweiten Injektion bereits vollständig verflogen war, zeigt das neuerliche Toben des Y.

12. Ist der Tod des Y. auf Überschreitung der Maximaldosis oder auf unrichtige oder übermäßige Anwendung der betreffenden Arzneimittel zurückzuführen?

Nach den früheren Auseinandersetzungen ist es klar, daß der Tod des Y. nicht auf Überschreitung der Maximaldosis oder auf unrichtige oder übermäßige Anwendung der betreffenden Mittel zurückgeführt werden kann. Es muß noch folgendes bemerkt werden: Bei akuten Psychosen kommen manchmal plötzlich Todesfälle infolge akuter Hirnschwellung vor (Reichardt). Eine genaue fachgemäße Untersuchung des Gehirnes des Y. hat nicht stattgefunden. Möglicherweise sind die im Obduktionsprotokolle beschriebenen Verwachsungen der Hirnhäute über der Scheitelgegend Ausdruck chronisch-entzündlicher Veränderungen der weichen Hirnhäute, wie solche gerade bei derartigen Fällen von „Hirnschwellung" beobachtet wurden; mangels einer exakten mikroskopischen Untersuchung kann dies aber nicht entschieden werden.

13. Werden die von dem Beschuldigten verwendeten Methoden zur Entlarvung von Simulanten geübt?

14. Geht aus dem Aktenmateriale hervor, daß der Beklagte bei seinem Vorgehen nur Untersuchungs- und Behandlungszwecke verfolgte, oder lediglich die Absicht, Simulanten zu überweisen?

Zu 13 und 14: Es wurde schon in Punkt 1 auseinandergesetzt, daß manche der Maßnahmen, welche zur Untersuchung und Behandlung hysterischer Erscheinungen, wie Lähmungen, Stummheit, Blödsinns- und Verwirrtheitszuständen usw., allgemein schon in der Friedenspraxis gepflegt wurden und über deren Erfolge speziell unter den gegenwär-



gen Kriegsverhältnissen schon eine kaum mehr zu übersehende Literatur existiert (vgl. insbesondere: Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte zu München, 22. bis 23. Sept. 1916; Vogt, „Die Neurosen im Kriege"; im Handbuche: „Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems" von Hezel-Marburg-Weygandt; v. Wagner, „Erfahrungen über Kriegsneurosen", Wien. med. Wochenschr. 1916-17 usw. usw.), daß also manche dieser Methoden, weil mit Schmerz, mit Unlustgefühlen verbunden,[3]) zugleich auch häufig die Nebenwirkung erzielen, daß ein Simulant entlarvt wird bzw. seine Simulation aufgibt. Man muß sich ferner vor Augen halten, daß die Grenzen zwischen glatter, zweckbewußter Simulation und echter Hysterie nur ganz unscharfe sind, mehr theoretisch erdacht, als in praxi bestehend. Raimann (Monographie „Die hysterischen Geistesstörungen") drückt sich so aus, daß der Hysteriker krank sein, der Simulant krank scheinen wolle. v. Wagner (Sitz.-Protok. Ges. d. Ärzte in Wien, 12. Februar 1915) spricht von „Nichtkönnenwollen" und „Nichtwollenkönnen" und betont, daß es da nur fließende Übergänge in der Wirklichkeit gäbe. Simulation läßt sich nun freilich häufig schon auch ohne Zuhilfenahme derartiger Prozeduren erkennen. Daß denselben jedoch eine Bedeutung als wertvollen Hilfsmitteln zur Diagnose der Simulation zukommt, lehrt die tägliche Erfahrung.

Von den Methoden, deren sich Angeschuldigter bediente, an und für sich muß gesagt werden, daß sie sich besonders im Kriege erfolgreich und nutzbringend bewährt haben, daß sie in der medizinischen Praxis zu Untersuchungs- und Behandlungszwecken allerorts seit langem bekannt sind und daß sie ungefährlich genannt werden dürfen.

Allgemeine Bemerkungen und Schlußfolgerungen.

Überblickt man die ganze Aktenlage, so ergibt sich, daß es sich um eine Verkettung unglücklicher Zufälle handelte, daß ein ärztliches Verschulden, ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst nicht nachgewiesen werden kann.

Ob Beklagter bei seinem Vorgehen lediglich Untersuchungs- und Suggestiv-, d. h. Heilzwecke im Auge hatte oder ob er den Zweck der Entlarvung von Simulanten verfolgte, muß natürlich dem richterlichen Ermessen überlassen beiben als Frage der allgemeinen Beweisführung. Vom Sachverständigenstandpunkte aus kann nur mit Bestimmtheit wiederholt werden, 1. daß die nun genügend erörterten Maßnahmen allgemein zu Untersuchungs- und Behandlungszwecken in der medizinischen Praxis eingebürgert sind, 2. daß sich aus der Anwendung dieser Methoden seitens des Angeschuldigten nicht schließen läßt, daß er sie zum Zwecke der Entlarvung von Simulanten verwendet hätte.

Wien, im Mai 1918.

* * *

Unterschlagung ärarischer Gelder. — Arteriosklerotische Geistesstörung im Laufe der Untersuchungshaft. — Beurteilung des Geisteszustandes zur Zeit der Begehung der Straftaten.

I. Ergebnis aus den Akten.

F. B., geb. 1871, Berufsoffizier, ist erblich insofern belastet, als Großvater väterlicherseits und Vater Trinker waren. Inkulpat, selbst immer „nervös" gewesen, machte 1902 eine Leuchtgasvergiftung durch, 1907 durch Sturz Knöchelbruch, keine Kommotio. Potus und Lues negiert. Im ersten Kriegsjahre schweres psychisches Trauma infolge Todesfalles seiner Frau, wobei eine besondere Tragik es wollte, daß gelegentlich eines kleinen häuslichen Konfliktes Angeklagter ohne Gruß und Abschied verreiste, und der Tod der Gattin plötzlich erfolgte. Gerichtlich oder disziplinär nicht vorbestraft.

Gegenstand der Anklage bildeten systematische Veruntreuungen, welche der Beschuldigte in den Monaten August 1914 bis Januar 1915 begangen hatte.

Als zunächst der Rechnungsunteroffizier F. des F. B. verhaftet worden war, drängte letzterer ständig in den Truppenarzt, dieser solle doch den Verhafteten psychiatrisch untersuchen; der Unteroffizier müsse nicht normal sein; später klagte er dem Arzte gegenüber über Kopfschmerzen, er könne sich seit jenem Sturze nichts mehr merken, merke überhaupt, daß er selbst geistig nicht mehr normal sei, verlangte wiederholt, der Arzt solle ihm ein derartiges Zeugnis ausstellen. Das Ermittlungsverfahren hatte u. a. auch ergeben, daß F. B. sofort nach der Verhaftung des F. eine Reihe von Rechnungsdokumenten teils vernichtet, teils korrigiert hatte.

Der Arzt Dr. Sch., der keine Kenntnis von der gerichtlichen Angelegenheit hatte, stellte ein Zeugnis aus, in dem ein Herzfehler, vorzeitige Verkalkung der Kranzschlagadern in objektiver Hinsicht, in subjektiver Kopfschmerzen angegeben wurden, und erklärte den Untersuchten für invalide, worauf dieser um seine Superarbitrierung bat. Der Garnisonschefarzt spricht in einem Zeugnisse vom 14. Jan. 1915 von Herzerweiterung und

[3]) Gerade in jener zuletzt zitierten Studie von Wagner findet sich u. a. folgender Passus: „Die Mittel, mit denen diese meist raschen Heilungen bewirkt wurden, waren solche, daß man sie mit Recht vorwiegend als disziplinäre bezeichnen kann: energische Faradisation mit dem Pinsel . . . . . Asa fötida, mehrmals im Tage verabreicht; in hartnäckigen Fällen Isolierung bei einförmiger Kost (Milchdiät) und Rauch- und Besuchsverbot."

beginnender Arteriosklerose. Der Befund des Garnisonsspitales zu P. (28. Jan. 1915) lautet auf Störungen des Herzens mit Extrasystolen, Blutdruck 145 mm, Pupillarreaktion normal, Nervenbefund bis auf geringfügige Differenz in den PSR. normal. Inkulpat wurde als derzeit dienstuntauglich auf sechs Monate beurlaubt.

Mittlerweile hatten sich die Verdachtsmomente wider den Beklagten verdichtet, so daß er am 20. März 1915 in Haft gesetzt wurde. Beim ersten Verhöre verantwortete er sich, gleich wie bei den folgenden (zuletzt 5. Juni 1915) stets in dialektisch sehr gewandter Weise, wußte auf alle Vorhalte prompt und schlagfertig zu erwidern, zeigte ausgezeichnetes Gedächtnis, betonte aber jedesmal, daß sein Gedächtnis infolge des Sturzes, Todes der Gattin, endlich Überarbeitung und Aufregungen der Kriegsdienstleistung gelitten habe, daß er an Geisteszerrüttung leide.

Ein militärärztliches Zeugnis vom 22. Juni 1915, das allerdings nur zu Superarbitrierungszwecken ausgestellt worden ist, enthält nichts von nervös-psychischen Symptomen, sondern berichtet nur über kardiale Störungen. Verschiedene dem Akte beiliegende Schriftstücke (Januar bis Mai 1915; Bitten um Untersuchung auf freiem Fuße u. dgl.) weisen zwar vereinzelt kleinere Auslassungsfehler auf; doch sind letztere keineswegs pathognostisch und lassen, was besonders wichtig ist, keinerlei Progredienz erkennen.

Das arbitrarische Gutachten vom 14. Juli 1915 bringt wieder nur kardiale Symptome; immerhin wird wieder eine leichte Differenz der PSR. notiert, leichte Herabsetzung der motorischen Kraft in der rechten Hand (Unterschied am Dynamometer 3 kg). Pupillarreaktion etwas träger.

Am 1. September 1915 wurde Inkulpat auf die psychiatrische Station des Garnisonsspitals zu P. versetzt. Er erschien dort deprimiert, in Gedankengang verlangsamt, vergeßlich. Es wurde eine leichte rechtsseitige Fazialisschwäche zentraler Art konstatiert, geringes Abweichen der Zunge nach rechts, deutliche Herabsetzung der Muskelkraft in der rechten Hand, leichte Parese des rechten Beines. Blutdruck 150 bis 160, Herzgrenze nach links verbreitert, keine Arrhythmie. Töne dumpf. Psychischerseits wird Gedächtnis- und Urteilsschwäche angegeben. Die Gutachter DDr. H. und B., welche nur wußten, daß Inkulpat in Anklagezustand sich befinde, nicht aber den Strafakt selbst eingesehen hatten, gaben ihr Gutachten dahin ab, daß seine Gehirngefäße nicht gesund seien. „Sollte er sich etwas Strafbares zuschulden kommen lassen haben, so ist er dafür unzurechnungsfähig." Nach Aktenstudium modifizierten jedoch in einem Nachtragsgutachten vom 9. Februar 1916 die Ärzte ihr Urteil dahin, daß Inkulpat während der Verübung der Straftaten nicht als geisteskrank zu betrachten war. Beschuldigter wurde nun am 10. Februar 1916 in den Garnisonsarrest zurückversetzt. Der Arrestchefarzt berichtet am 9. Mai 1916, daß F. B. körperlich sehr heruntergekommen sei, so daß er nicht mehr hafttauglich erscheine. Rückversetzung in das Garnisonsspital. Prof. S. kann keinerlei psychische Störungen feststellen (12. Juni 1916).

Beim letzten Verhöre (13. März 1916) hatte Inkulpat erklärt, er sei nicht fähig, überhaupt irgendwelche Aussagen machen zu können, er sei außerstande, sich zu etwas zu erinnern.

Seit September 1916 ward aber Angeschuldigter unruhig, verweigerte die Nahrungsaufnahme, äußerte Verfolgungsideen; man wolle ihn vernichten. Rechtsseitige Halbseitenerscheinungen, SR. jedoch gleich: hochgradige Arteriosklerose und Aortitis. Beklagter leide an fortschreitender Gehirngefäßverkalkung, sei weder vernehmungsfähig, noch hafttauglich. Einlieferung in die Landesirrenanstalt zu P.

Die zivilgerichtliche Untersuchung verfügte am 5. Februar 1917 volle Entmündigung. Diagnose: Angstzustände und Schwachsinn auf dem Boden organischer Gehirnerkrankung.

In einem Gutachten vom 22. November 1917 erklärten nun die Sachverständigen DDr. M. und T., daß F. B. an arteriosklerotischer Psychose leide; es ergäbe sich zwar aus den Akten nichts, was für eine Geisteskrankheit tempore criminum sprechen würde. Der Beginn lasse sich aber nicht sicher stellen und es könnte nicht ausgeschlossen werden, daß die Geisteskrankheit bereits damals nicht in Entwicklung begriffen gewesen sei. Jedenfalls ist Angekl. derzeit strafuntauglich und anstaltsbedürftig.

Der Militäranwalt beantragte nun Einholung eines Militärsanitätskomiteegutachtens, das speziell die Frage präzis beantworten sollte, ob die gegenwärtig zu konstatierende Gehirnerkrankung tempore delictorum, d. h. August 1914 bis Januar 1915, schon in Entwicklung war.

II. Gutachten.

Eine neuerliche persönliche Exploration des Angeschuldigten erscheint dem Militärsanitätskomitee nicht erforderlich, da einerseits die gegenwärtige Diagnose durch die übereinstimmenden und klinisch einwandfreien Vorgutachten genügend sichergestellt erscheint, da andererseits die Fragestellung den Geisteszustand t. cr., d. h. Herbst 1914 bis Januar 1915, betrifft.

Hält man sich vor Augen, daß die sog. arteriosklerotischen Geistesstörungen nicht wie etwa ein pathologischer Rauschzustand oder ein epileptischer Dämmerzustand o. dgl. perakut aus voller Gesundheit einsetzen, sondern daß die dem langsam fortschreitenden partienweise vor sich gehenden Zerfalle von funktionierender Gehirnsubstanz entsprechenden seelischen Veränderungen auch allmählich, sei es chronisch progredient, sei es schubweise, sich entwickeln, so wird man zunächst die vorsichtig verklausuliert gehaltenen Ausführungen des Gutachtens vom 22. November 1917 nur bestätigen können, d. h. gleichfalls zugeben müssen, daß der genaue Beginn des gegenwärtig vorliegenden Gehirnleidens präzise einfach nicht bestimmbar ist;

bzw. daß nicht ausgeschlossen werden kann, die Entwicklung des Leidens falle schon in die Zeit des Herbstes 1914.

Dazu muß aber das Militärsanitätskomitee mit Nachdruck folgendes bemerken: Nicht jeder Gehirnprozeß und nicht jedes Stadium eines solchen darf ohne weiteres gleich gewertet werden den Bedingungen, welche der Gesetzgeber in dem Wortlaute der Absätze a bis c der §§ 3, 5 MStG. postuliert. Gerade bei einem so chronisch sich entwickelnden Leiden, wie bei der arteriosklerotischen Demenz, wobei der Übergang von der gesunden zur kranken psychischen Persönlichkeit ein so allmählicher ist, muß der Grad des bestehenden Prozesses sowohl in zivilgerichtlicher Hinsicht (z. B. Frage der Testierfähigkeit), als auch in foro criminali streng individualisierend jeweils geprüft werden.

Im Falle F. B. nun muß man sich doch vor Augen halten, daß die Strafhandlungen selbst mit unleugbarem Geschicke und großer Planmäßigkeit verübt worden sind, daß Inkulpat, wie sein Verhalten gelegentlich der Verhaftung seines Helfershelfers bekundet, volle Einsicht für seine Situation zeigte, daß er mindestens bis Juni 1915 mit großem Geschicke, genügender Schlagfertigkeit und tadellosem Gedächtnisse sich zu verteidigen wußte, daß er von einem so geschulten Fachmanne, wie von Prof. S. noch am 12. Juni 1916 als nicht geisteskrank befunden wurde, daß in allen ärztlichen Zeugnissen (zu Suberarbitrierungszwecken) nichts von einer Psychose vermerkt steht, daß die Schriftproben charakteristische Veränderungen vermissen lassen. All das zusammengenommen, muß gesagt werden, daß selbst unter der Annahme, der arteriosklerotische Gehirnprozeß sei bereits t. cr. in Entwicklung begriffen gewesen, kein Anhaltspunkt dafür gewonnen werden kann, daß die angeschuldigten Handlungen bereits in einem derartigen Zustande geistiger Störung verübt worden seien, daß auf sie der Wortlaut der Unzurechnungsfähigkeitsparagraphe Anwendung finden könne. Die Annahme einer t. cr. schon in Entwickelung begriffenen Gehirngefäßverkalkung könnte höchstens als strafmildernder, nicht jedoch als strafexkulpierender Umstand in Betracht gezogen werden.

Übrigens stimmt das Militärsanitätskomitee mit dem Vorgutachten auch darin vollständig überein, daß Inkulpat derzeit strafuntauglich und anstaltsbedürftig ist. Möglicherweise kann unter entsprechender Behandlung und in Anbetracht der Möglichkeit gewisser zum klinischen Zustandsbilde der arteriosklerotischen Psychosen gehöriger Besserungen das Moment der Anstaltsbedürftigkeit noch einmal wegfallen, das heißt Inkulpat in häuslicher Pflege, außerhalb einer geschlossenen Anstalt haltbar werden. Wiedererlangung der Vernehmungsfähigkeit jedoch und der Straftauglichkeit ist nach menschlichem Ermessen nicht mehr zu gewärtigen.

Wien, 15. Mai 1918.

Die ursprüngliche Bedeutung des Wortes Wahnsinn.

Von Dr. **Deutsch**, Treptow a. R.

In der kleinen Schulgrammatik von Mensing fand ich zufällig die Bemerkung, daß das Wort Wahnsinn mit Wahn, Wahnvorstellung nichts zu tun habe, vielmehr mit dem altdeutschen „wan", gleich „entbehrend" zusammengesetzt sei. In dem kleinen Wörterbuch von Wasserzieher „Woher?" — größere Wörterbücher stehen mir nicht zu Gebot — fand ich dies bestätigt. Während „Wahn", „wähnen" mit dem altdeutschen „wān" gleich „Erwartung", „Hoffnung" zusammenhängen, seien „Wahnsinn" und „Wahnwitz" mit altdeutschem „wan", stammverwandt dem lateinischen vanus = leer, zusammengesetzt. Als ähnliche Zusammensetzungen sind mir aufgestoßen „wahnkantig", „Wahnholz", roh behauenes Holz, ohne ausgesprochene Kanten. „Wahnkorn" = „leeres Korn" wohl = dem anderswo gebrauchten „Hinterkorn" und der Eigennamen „Wahnschaffe", der als der „Mißschaffene" erklärt wird.

Die Zeit liegt noch nicht so weit zurück, in der die Kenntnis dieses Zusammenhanges praktische Bedeutung gehabt hätte. Im Preußischen Landrecht, mit dessen Bestimmungen viele von uns noch gearbeitet haben, gab es zwei Arten von Entmündigung wegen geistiger Störung; die leichtere wurde verhängt bei „Blödsinn", die schwerere bei „Wahnsinn". Sicher ist es mir nicht allein gegen das Sprachgefühl gegangen, daß Wahnsinn ein Ausdruck für schwerere Formen von Geistesstörung sein sollte als Blödsinn.

Nach obigen Auseinandersetzungen ist die Erklärung einfach. Blödsinnig ist der Mensch mit



blöden, wahnsinnig der ohne Sinne. Wann das Sprachgefühl hierfür verloren gegangen ist, war mir nicht möglich festzustellen. In der älteren psychiatrischen Literatur unserer Anstaltsbibliothek, die etwa bis ins Jahr 1820 hinaufreicht fehlt bereits jedes Verständnis dafür.

Mitteilungen.

— **Reichsverband.**

1. Das Rundschreiben des Reichsverbandes vom 4. Januar 1921 kann zu Mißverständnissen Anlaß geben. Es handelt sich bei dem in Aussicht genommenen Kurs in Marburg, der nur zustande kommt, wenn sich genügend Teilnehmer melden, um einen Fortbildungskurs für Psychiater in somatischer Medizin (Nr. 17-18 1920-21 S. 145 dieser Wochenschrift).

2. Auf unsere in der Nr. 39-40 dieser Wochenschrift veröffentlichte Eingabe an den „Verband der Ärzte Deutschlands" ist folgende Mitteilung eingegangen:

Leipzig, den 7. Januar 1921.

„Der von der Hauptversammlung im Dezember 1920 angenommene Antrag über die Erhöhung des Mitgliedbeitrages wird ihnen aus den „Ärztlichen Mitteilungen" bekannt sein. Es sind darin dem Vorstand des Verbandes gewisse Befugnisse über die Ermäßigung des Beitrags in besonderen Fällen eingeräumt. Der Vorstand ist aber noch nicht dazu gekommen, zu dieser Bestimmung Stellung zu nehmen. Es dürfte aber voraussichtlich in nächster Zeit geschehen. Sobald näheres feststeht, werden wir uns gestatten, weitere Mitteilung zu machen. (Gez. Unterschrift.)"

I. A.: Dr. Hussels.

Rheinland. Am 15. Dezember 1920 fand in Cöln eine Ausschußsitzung des E. V. Rheinland statt, daran anschließend die Generalversammlung des E. V.

Den Hauptraum der Verhandlungen nahm ein die Besprechung der Eingruppierung in die Besoldungsgruppen, bei der allgemein die Einstufung der Ärzte (auch der anderen Akademiker) neben der der Juristen bei der Verwaltung — bewundert wurde. Trotz mehrmaligen geschlossenen Protestes sämtlicher Mitglieder des E. V. an den Anstalten ist unser Wunsch der Gleichstellung der Akademiker zwar angehört — aber nicht gehört worden. Es wurde beschlossen in dieser Angelegenheit bei der demnächstigen Reform der Eingruppierung energisch Schritte bei den Mitgliedern des Provinzialausschusses und der vom Landtag neu gegründeten Kommission für die Anstalten zu unternehmen. Ebenso wurde energisch die vollwertige Fachvertretung bei der Behörde als das erstrebenswerteste Ziel hingestellt, und zwar aus unseren Reihen, um die Verhältnisse an den rheinischen Anstalten auch von Männern bearbeitet zu wissen, die tatsächlich diese kennen und sie auch auf Grund ihrer mit den juristischen Landesräten gleichberechtigten Stellung vertreten können. Es wurde allgemein bedauert, daß die Behörde auf den E. V. noch gar keine Rücksicht nimmt. Entscheidungen trotz vorheriger Bitte nach anderer Regelung gegen den E. trifft, wodurch unsere Mitglieder ganz entschieden zurückgesetzt werden in ihrer Eigenschaft als alte Beamte der Provinz. Es soll nochmals versucht werden bei der Behörde, beim Provinzialausschuß und der oben angeführten Kommission Schritte zu unternehmen, ein Zusammenarbeiten zum Wohl des Ganzen endlich herbeiführen.

Sodann wurden noch die Richtlinien des R. V. besprochen, zu denen Wünsche laut wurden. Gesa[illegible] nach allgemeiner Urlaubsverlängerung und Erhöhung d[illegible] Gelder für Kurse und Fortbildung sollen der Behörde unterbreitet werden.

Einzelne kleinere Punkte werden rasch erledigt. Entlastung des bisherigen Vorstandes wurde erteilt, derselbe einstimmig wieder gewählt.

Nach Abschluß des ersten vollen Jahres des Bestehens des E. V. können wir auf eine festgeschlossene Organisation zurückblicken; viel wurde getan, das Erreichte ist bis jetzt noch nicht so hoch zu bewerten. Wir hoffen aber, daß bei uns im Rheinland die von uns al[illegible] gewünschte Zusammenarbeit mit der Behörde auch tatsächlich eine Zusammenarbeit werden möge, frei von gegenseitigem Mißtrauen; nicht in Kampfstellung wollen wir unsere Ziele, deren Erfüllung doch nur eine unserer Stellung würdige Lage schaffen würde, verfolgen, sondern wir glauben, daß man die Berechtigung derselben auch bei der Behörde anerkennen und sie dementsprechend annehmen wird, wodurch eine Arbeitsgemeinschaft herauskäme, die sich nur nützlich für die Behörde, für uns und nicht zuletzt dann durch die Arbeits- und Berufsfreudigkeit bei gegenseitigem Vertrauen auch für die Kranken erweisen würde.

— **Der Verein der Schlesischen Provinzialirrenärzte** hielt am 8. Januar 1921 im Landeshause zu Breslau seine zweite ordentliche Versammlung ab. Vertreten waren fünf nieder- und eine oberschlesische Anstalt durch insgesamt neun Mitglieder Neben internen Vereinsangelegenheiten (Wiederwahl des Vorstandes, Kassenprüfung, Festsetzung des Jahresbeitrages auf 40 M u. a.), wurden die „Richtlinien" des Reichsverbandes eingehend durchberaten und nach Annahme einzelner Abänderungsvorschläge beschlossen, der Kommission des Reichsverbandes für die Ausarbeitung der Richtlinien, die der Verein in ihrer gesamten Struktur für äußerst würdig und gut durchgearbeitet hält, besonderen Dank auszusprechen.

v. S.

— **Zur Psychologie der Volksmasse.** Die „Münchener Neueste Nachrichten" Nr. 542 vom 28. Dezember 1920 berichten: Große rote Plakate luden zu einer Versammlung am Montag abend im Kreuzbräu ein. In [illegible]



Einladung hieß es: „Ich spreche über Christus, Spartacus, Judenfrage, Sexualismus. Stark en tao, bahnpostagernd." Vielfach wird es wohl bloße Neugierde gewesen sein, die die Leute veranlaßt hat, den wunderlichen Apostel gegen 1 Mark Eintritt aufzusuchen. Der Saal war voll. Derartige Erscheinungen, wie sie dieser „Vortrag" gezeigt hat, zu verzeichnen, ist Chronistenpflicht, denn sie werfen ein grelles Schlaglicht auf die Krankheit unserer Tage.

Beim Eintritt wurden den Teilnehmern einige rote Blätter überreicht, die also beginnen: „Ich Bin Natur! Ein Freund schreibt Mir" usw. Und auf der letzten Seite verkündet Stark: „Um mich streiten sich Psychiater, ob ich das höchste von Genie oder dementia praecox bin. Aber: Ich Bin der Untergang, Ich Bin aber auch der Aufgang." So wie diese Beispiele aus den Blättern war eine Rede. Einige Stichproben daraus dürften genügen: „Ich bin die Zugspitze, ich bin Euer höchster Berg. Zu mir, zu diesem Berge zu kommen, dazu gehört Kraft und Ausdauer. So lange ihr nicht auf dem Bauche vor mir liegt und alle Viere von euch streckt, weiß ich, daß ihr nicht kämpft, um herauszukommen aus dem Sumpf." „Wenn der Mensch soweit gekommen ist, daß die Leute von ihm sagen: Der Mensch ist heruntergekommen, er schaut auf sich nicht mehr, es ist ihm gleich, wenn sein Hemd schmutzig ist, dann hat er gewonnen." „Bleiben wir dem Dreck getreu, aber dieser Dreck muß geformt werden." „Der Sündenfall im Paradiese ist nicht ein Pech für die Menschheit, sondern ein Glück." „Man sagt oft von einem Menschen: Der ist, wie ein Vieh. Wäret ihr nur wie ein Vieh! Könntet ihr so sein wie ein Hund, der angefressen draußen liegt!" „Dumm, blöd, simplig müßt ihr werden, dann seit ihr auf dem rechten Wege." „Ich bin wirklich einer, der nicht weiß, was er redet."

Nicht daß Stark en tao so sprach, ist auffällig, sondern wie ihn die Versammlung nahm: Im großen und ganzen ernst. Der erste Diskussionsredner ließ ihn dreimal hochleben, was allerdings zum Teil mit Heiterkeit und Oho-Rufen aufgenommen wurde. Der zweite Redner setzte sich mit ihm theoretisch auseinander, was den Vortragenden zur Bemerkung veranlaßte: „Für mich gibt es außer mir keinen Maßstab. Ich glaube nicht nur Christus, dem Geist nahe zu sein, ich sage, daß ich dieser Geist selbst bin." Der bekannte Feldgeistliche P. Rupert Mayer ergriff das Wort, um gegenüber dem Verkünder der neuen Lehre, dessen Ideologie Zug für Zug die Ideologie des Bolschewismus sei, die katholische Kirche und ihre Werke der Nächstenliebe zu verteidigen. Mehr als berechtigt war die Frage des Redners, wohin wir denn kommen sollen, wenn Phantasten und Schwärmer unverdaute und verworrene Ideen ins Volk hineintragen und die Köpfe noch mehr verwirren? Stark en tao blieb die Antwort darauf nicht schuldig: Er werde den Kampf gegen die katholische Kirche aufnehmen und die Dome niederlegen! Er wisse, daß er in dem Kampf der Sieger bleiben werde. An seinem Wesen würde das Volk, würden die Völker genesen.

Das „Referat" hatte zweieinhalb Stunde gedauert; die Aussprache währte bis ½12 Uhr. Geschlagene vier Stunden konnte ein Mensch, „über den sich die Psychiater streiten, ob er das Höchste von Genie oder dementia praecox ist", eine Versammlung reifer Menschen beschäftigen. Gibt es ein getreueres Spiegelbild des Jammers unserer Tage?

— **„Wundertäter".** Die „Deutsch. med. Wochenschrift" vom 16. Dezember 1920 Nr. 51 S. 1429 schreibt: In Homburg v. d. H. trat der Schriftsteller Roderich Müller-Czerny als zweiter Christus auf, der neun Sinne sein eigen nannte und eine eigene Wunderheilstätte eröffnete. Der Anstreicher Franz Hirberg in Düsseldorf führt den Titel „Jesus von Düsseldorf". Ein gewisser Louis Häußer tritt als „Weltheiland" auf.

Buchbesprechungen.

— Kauffmann, Dr. med., phil., jur. Max, Universitätsprofessor zu Halle a. S.: Suggestion und Hypnose. Vorlesungen für Mediziner, Psychologen und Juristen. 128 S. Berlin 1920, Verlag von Jul. Springer.

Enthält: Definition der Suggestion und Hypnose; Wachsuggestionen, Wachhypnose, Wirkungen der Hypnose, Grade der Hypnose, Sinnestrübung, Muskelstarre usw.; posthypnotische Suggestionen, mit und ohne Termin, Theorie der Suggestion und Hypnose, Technik der Hypnose, Theorie der Technik, therapeutische Anwendung, Bedeutung der Suggestion und Hypnose für Völkerpsychologie und Religion; das neue Testament, der Islam, Indien. Suggestion und Hypnose in Psychologie, Okkultismus, Recht, Geschichte, Politik.

Bemerkenswert ist, daß K., wie er mitteilt, einer Kranken eine Reise in die Schweiz gemacht zu haben, im Traumschlaf suggerierte mit dem Erfolg, daß sie daran fest glaubte und dieser Glaube günstig auf ihren Zustand wirkte; in einem anderen Falle in zwei Tagen eine sog. hysterische Gelenkschwellung wegsuggerierte, bei einem weiteren den Puls von 70 auf 130 brachte, bei einem Nichtkranken eine Hand bald ganz blaß, bald ganz rot werden ließ usw. Das Kapitel: Suggestion, Hypnose, Religion ist besonders beachtenswert. Kauffmann nimmt an, daß der Jude Jesus seine sog. Wunder mittelst Einredens und Einschläferns, sowie Selbsteinredens und Selbsteinschläferns ausgeführt und daß er bei sich selbst Sinnestäuschungen produziert hat. Man dürfe nicht die ganzen Wunderheilungen von Jesus als Betrug beurteilen (S. 100). Es handelte sich meist um Hysteriker, sowie sonstige empfängliche Menschen und Volksmassen, deren es in der damaligen Unglückszeit der Juden viel gab.

— Ziehen, Prof. Dr. Th., Halle a. S.: Lehrbuch der Logik auf positivistischer Grundlage mit Berücksichtigung der Geschichte der Logik. VIII und 866 S. Bonn 1920, A. Marcus und E. Webers Verlag. Brosch. 47,60 M.

Ziehens Psychiatrie ist in vier Auflagen verbreitet, und sein noch viel öfter aufgelegter „Leitfaden der physiologischen Psychologie" dürfte die meisten der jungen Psychiater in die Tatsachen des normalen



Seelenlebens eingeführt haben. Dagegen ist die Psychiatrie an Ziehens eigentlich philosophischen Werken mit nur sehr geringer Teilnahme vorübergegangen, jedenfalls sind mir eingehende Besprechungen sowohl der kleinen Erkenntnistheorie von 1898 (1907), wie auch der großen von 1913 von unserer Fachpresse nicht bekannt geworden. Auch die „Grundzüge der Psychologie" (1915) haben, soviel ich sehe, nur wenig auf unsere Fachkreise gewirkt, doch mag das aus der Ungunst der Zeitverhältnisse zu erklären sein — auch meine Besprechung ruht noch in den Archiven von Aschaffenburgs, leider gänzlich ins Stocken geratener Monatsschrift. Unterdessen ist Ziehen nun auch dem Amte nach völlig zur Philosophie übergegangen und legt uns als erstes großes Werk seines neuen Berufes eine Logik vor, die mit ihren 830 Seiten Text zu den umfangreichsten Arbeiten dieser Art in deutscher Sprache gehört, ein Werk, gleich bedeutsam ihrem Inhalte nach, als auch als Merkstein in der Entwicklung des Ziehenschen Denkens.

Logik wird definiert als „die Lehre von der formalen Gesetzmäßigkeit des Denkens mit Bezug auf seine Richtigkeit und Falschheit". Damit ist dieser Wissenschaft gegenüber dem extremen Psychologismus ein eigenes Arbeitsfeld abgegrenzt. Der Logizismus eines Bolzano und Husserl mit seinen „Wahrheiten und Sätzen an sich" wird freilich abgelehnt, und an der psychologischen Grundlegung der Logik insofern festgehalten, als die wechselnden, individuell verschiedenen „Vorstellungen" der Psychologie doch auch den Ausgangspunkt bilden für die „Normalvorstellungen", die „Begriffe" der Logik, die auf eine relativ konstante Gegenstandsbeziehung — „Normalgegenstände" — abzielen und von den „Alienationen" des psychologischen Geschehens entsprechend frei zu werden trachten. In der Betonung dieser „relativen" Eindeutigkeit dürfen wir wohl auch die wesentlichste Beziehung zum Positivismus sehen, die sonst in den eigentlich logischen Partien nicht sonderlich hervortritt — eher schon in den erkenntnistheoretischen und psychologischen. Bei dem Nachdruck, der auf den „formalen" Charakter der Logik gelegt wird, ist ja freilich dazu auch wenig Gelegenheit.

Der erste Teil des Werkes gibt eine ausführliche Geschichte der Logik, von den Chinesen und Indern bis zu den logischen Strömungen der Gegenwart. Auch sonst nehmen bei den einzelnen Problemen die historischen Abrisse einen großen Teil des Buches ein. Wenn man nun bedenkt, daß Prantls Monumentalwerk seinerzeit nicht über das Ende der Scholastik hinausgediehen ist, und seit der letzten von J. B. Meyer besorgten Auflage von Überwegs System der Logik (1882) überhaupt niemand in deutscher Sprache versucht hat, die Geschichte der Logik zusammenhängend darzustellen, so wird man Ziehens Leistung unbedingt als höchst verdienstvoll anerkennen. Der Abschnitt hat ungefähr den dreifachen Umfang der Überwegschen Darstellung; der Umfang des Stoffes bedingt es aber, daß dennoch namentlich die Di minorum gentium vielfach nur mit Buchtiteln und kurzen Abstempelungen angeführt werden. Wer aber etwa einmal Prantls Werk fortsetzen wollte, findet hier die reichsten Literaturangaben beisammen. Daß trotzdem von den neuesten logischen Arbeiten etliche nicht mehr haben benutzt werden können, braucht bei Werken von dem Umfange des vorliegenden nicht erst bemerkt zu werden; am meisten bedauern mag man das vielleicht für die originelle Logik Rehmkes, mit dessen Arbeiten sich Ziehen sonst gern auseinandersetzt.

Auf den geschichtlichen Abriß folgt im zweiten Teil die „Erkenntnistheoretische, psychologische, sprachliche und mathematische Grundlegung der Logik". Hier wird zunächst auf die im Vergleich zu anderen philosophischen Disziplinen größere Sicherheit der logischen Grundsätze hingewiesen. Eine erkenntnistheoretische Grundlegung hat nicht den Sinn, daß sie die Gesetze der Logik von erkenntnistheoretischen Sätzen abhängig macht, sondern nur den, daß sie Gesichtspunkte aufstellt, die in die Deutung der logischen Gesetze grundlegend sein können (S. 242). Im übrigen wird man bemerken, wie sehr sich doch Ziehens erkenntnistheoretische Ansichten in der Richtung auf den Realismus — oder besser vielleicht Ideal-Realismus — hin gewandelt haben. Hieß es in den ersten Auflagen des Leitfadens, nur die psychische Reihe sei gegeben, die physische nur erschlossen, wurde noch in der ersten Erkenntnistheorie die Objektivität auf ein Gesamtbewußtsein, ein „Allgemein-Psychisches" gegründet, so bestreitet jetzt der „Binomismus", daß die Gegenüberstellung „psychisch-materiell" erkenntnistheoretisch gerechtfertigt sei. „Die Reduktionsbestandteile sind nicht materiell, und die Parallelkomponenten sind nicht psychisch" (S. 253), die ersteren, das „hypothetische Empfindungssubstrat", werden an anderer Stelle den „Reizen" oder dem „Ding an sich" gleichgesetzt (S. 539). Eine Empfindung, die mit ihm (dem Reduktionsbestandteil) identisch würde, hörte damit auf, Empfindung zu sein (S. 279 Anm.) Geblieben ist der Kampf gegen das primäre Ich, den „Egotismus". Er hatte meines Erachtens, bei der früheren, stark sensualistischen, Stellungnahme Ziehens die Aufgabe, die Objektivität zu sichern und den Solipsismus zu vermeiden. In den neueren Schriften besorgen das die Reduktionsbestandteile selbst. Bemerkenswert ist vielleicht, daß auch ein zweiter philosophierender Mediziner von anerkannter Bedeutung, B. v. Kern, eine ähnliche Annäherung an den Realismus vollzogen hat.

In der psychologischen Grundlegung vertritt Ziehen auch weiterhin die Assoziationspsychologie. Aber auch hier wird der schroffe Standpunkt verlassen und zugegeben, daß die bloße Assoziation nach Berührung und Ähnlichkeit unfähig sei, die Mannigfaltigkeit des Denkens zu erklären. Freilich meint Ziehen, daß in Wirklichkeit die Apperzeptionspsychologie, trotz ihres scheinbaren und zur Schau getragenen Sieges beginne, sich seinem Standpunkte anzugleichen. Ich möchte annehmen, die Hauptsache sei, daß nun in beiden Lagern Verständnis für die Ansichten der Gegner sich bemerkbar macht; wer nun „gesiegt" hat, ist demgegenüber ziemlich gleichgültig.

Wesentlich kürzer als diese sehr umfangreichen Abschnitte sind die folgenden, die sprachliche und mathematische Grundlegung enthaltend. Ich gehe auf ihren Inhalt nicht weiter ein, und möchte zu dem ersteren nur den Psychiater Ziehen auf ein sehr wunderliches Büchlein des Rostocker Oberlehrers Kleinschmidt: „Grammatik und Wissenschaft, eine psychiatrische Studie" (Hannover 1908) aufmerksam machen. Die algebraische Logik, für die der Verfasser bei seiner Neigung zu Formeln eine leicht verständliche stille Liebe hegt, wird in der Darstellung der logischen Probleme selbst nur in Anmerkungen behandelt. Vom Werte solcher formelhaften Symbole ist Ziehen fest überzeugt, sie bewahren vor Phrasen und Mißverständnissen, wenn sie auch zunächst das Verständnis erschweren; aber „weder die Philosophie im allgemeinen noch die Logik im besonderen ist für seichte und träge Köpfe bestimmt" (S. 409). Ob aber nicht trotzdem manchmal mit solchen abkürzenden Symbolen (Verzeichnis S. 848 und 849), namentlich aber mit neuen und nicht immer glücklich gebildeten Kunstausdrücken („Prothesen" für Annahmen, „Zentrumvorstellung" neben „Zentralvorstellung") des Guten zuviel getan wird?

Es folgt eine kürzere, allgemeine Einführung, betitelt „Autochthone Grundlegung der Logik", worauf wir uns auf S. 459 den „einzelnen logischen Gebilden und ihren Gesetzen", und zwar zunächst den Begriffen zuwenden. Das Wesen der Definition, die gegenseitigen Beziehungen der Begriffe nach Inhalt und Umfang werden ausführlichst behandelt. Das nächste Kapitel von den Urteilen beschäftigt sich eingehend mit der Einteilung der Urteile nach den verschiedenen logischen Gesichtspunkten, Bestrebungen, die bereits in der Erkenntnistheorie von 1913 begonnen wurden, aber hier entschieden besser am Platze sind. Das dritte Kapitel bringt dann die Lehre vom Schlusse, dem Syllogismus und der Induktion. Hier wird die Darstellung bei einzelnen Fragen, so den interessanten Fehl- und Trugschlüssen, fühlbar zu knapp: man merkt die Kürzungen, zu denen sich Ziehen nach der Vorrede wegen des übergroßen Umfanges des Buches verstehen mußte, und das gilt noch mehr für die Schlußabschnitte, die Lehre von den Beweisen und von den Wissenschaften; die letztere, die allerdings nach der Absicht des Verfassers nur ein Anhang sein soll, umfaßt z. B. ganze 12 Seiten, während ihr Wundt zwei Bände seiner Logik gewidmet hat. Es wäre zu wünschen, daß gerade ein so hervorragend logischer Kopf wie Ziehen uns dieses Kapitel, wie es das Vorwort in Aussicht stellt, einmal mit voller Gründlichkeit entwickelte.

Fragt man nun nach dem direkten Ertrag des Werkes für die Psychopathologie, so dürfte dieser zunächst recht gering erscheinen. Gelegentlich eine Bemerkung über Zwangsdenken, ein paar Beispiele aus der Pathologie und Psychiatrie, und vielmehr ist ja eigentlich auch nach dem ganzen Inhalt nicht zu erwarten. Was für uns wichtig ist, ist die Frage nach den Beziehungen zwischen Psychologie und Logik, eine Frage, die hier meines Erachtens eine sehr ansprechende Lösung findet, und die auch für die Psychopathologie früher oder später einmal beantwortet werden muß. So wird der Wahn stets nur durch den Rückgriff auf Inhalt und Prozeß, Logik und Psychologie zugleich definiert werden können. Wo allerdings im einzelnen die Grenze zu ziehen ist, wird wohl immer streitig bleiben; so hätte ich die Lehre von den abstrakten Vorstellungen lieber in der Logik selbst, nicht in der psychologischen Grundlegung besprochen gefunden.

Für eine Neuauflage seien hier noch einige Kleinigkeiten angemerkt. Cassiodor (S. 53) heißt mit Familiennamen Aurelius, nicht Amelius; sein eigentlicher Name aber war Senator (vgl. Thorbecke, Cass. Sen. Lyzeal-Progr. Heidelberg 1867). Bei de Wulf (S. 58) sollte auch die treffliche Bearbeitung seiner Philosophiegeschichte von Eisler (Tübingen 1913) genannt werden, ebenso auf S. 149 der bei Hendel erschienene Neudruck von Apelts Metaphysik. Die Werke von Johannes Scotus sind nicht in München, sondern in Münster erschienen (so richtig S. 503); von dem Hauptwerk gibt es auch eine brauchbare Übersetzung von Noack in der Philosophischen Bibliothek, zu der manche lieber greifen werden als zu dem mönchslateinischen Original. Mills Logik dürfte in der Gompertzschen Übersetzung ebenso verbreitet sein wie in der Schielschen. Warum bei Comte (S. 163) die Übersetzungen ins Englische erwähnt sind, ist mir unklar. S. 306, Anm. (und auch im Register), steht versehentlich Lang statt Lanz. Tetens wird nicht nur S. 607, sondern auch S. 341 erwähnt. Der Merkvers S 670 ist gründlich verbaut; Hexameter werden überhaupt nur daraus, wenn man in der ersten Zeile mit Lehmen liest: verum generaliter; in der zweiten muß es natürlich particulariter heißen. Die Namen der Schlußmodi hätten, wenn sie einmal angeführt werden, ausführlicher erläutert werden können; für die Psychologie des Schlusses käme auch noch das wichtige Werk von Lindworski in Betracht. Den dat. sing. „der Jura" (S. 820), als wenn Jura ein Femininum wäre, finde ich s. v. v. scheußlich.

Ausstattung und Druck sind so gut, wie sie es unter den heutigen Umständen sein können. Sinnstörende Druckfehler finden sich kaum, nur auf S. 573 ist eine Zeile ausgefallen und eine andere dafür wiederholt. Ich vermerke noch das verdruckte δεδνγμενος S. 563 und bekenntnistheoretisch S. 681. Da Ziehen öfters nach Paragraphen zitiert, wäre es angenehm, wenn diese auf den einzelnen Seiten, etwa im inneren oberen Winkel, verzeichnet wären; so muß man stets zum Inhaltsverzeichnis zurückblättern.

Vielleicht dürfte diese Besprechung eines nichtpsychiatrischen Buches an dieser Stelle zu eingehend scheinen. Ich glaube aber, der Mann, der noch vor wenigen Jahren unsere Wissenschaft auf dem ersten Lehrstuhl Deutschlands vertreten hat, kann verlangen, daß seine Arbeiten eingehend gewürdigt, nicht mit ein paar nichtssagenden Redensarten abgetan werden. Wer die Mühe nicht scheut, greife zu dem Buche: nützlich ist ein Collegium logicum immer noch, und nicht nur für den Anfänger.

Hoppe, Rinteln.



— Neumann, Otto, Ingenieur beim Magistrat Berlin: Handbuch der gesamten Dampfwäscherei für Textilstoffe. 262 S. 89 Abb. Halle a. S., 1921, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 25 M.

Behandelt in klarer sachverständiger, sehr ausführlicher und auf langer, reicher Erfahrung fußender Weise: allgemeine Grundsätze über Art und Größe der Dampfwäschereianlagen, die Waschmittel, das Wasser als Waschmittel, die Waschmaschinen, die Wäscheschleudermaschinen, die Dampfmangeln, die Trockenapparate, die Maschinen- und Handplätterei, Betriebseinteilung und Arbeitsplan einer Wäscherei, Entwurf und Berechnung vollständiger Wäschereianlagen, am Schluß ein Bezugsquellenverzeichnis.

Es bedarf keiner Worte darüber, wie nützlich das Buch auch und ganz besonders für die Krankenanstalten aller Art ist, und es muß zur Anschaffung und zur fleißigen Benutzung im Anstaltswaschbetrieb dringend empfohlen werden.

— Henschen, Prof. Dr. K., Die Bedingungen des chirurgischen Erfolges. Rathausvortrag. 31 S. Zürich 1919, Rascher & Cie.

Lesenswerte populäre Darstellung, die dem Arzt nichts Neues bringt.

— Kronfeld, Dr. Arthur: Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis. Beiträge zur allgemeinen Psychiatrie. I. Band. 485 S. Berlin 1920, Verlag von Julius Springer. 30 M.

„Wie ist Psychiatrie als Wissenschaft möglich? In dieser Fragestellung steckt noch ein weiteres Problem, nämlich das Problem dessen, was unter Wissenschaft zu verstehen ist." (S. 265.) „Wissen ist eine Art der Erkenntnis, und zwar eine solche, welche dem reflektierenden Bewußtsein angehört" (S. 267).

Man kann mit viel mehr Recht die Gegenfrage stellen: Wie ist Philosophie als Wissenschaft möglich? Ist sie überhaupt als Wissenschaft möglich? Von Philosophie aus — ich sage absichtlich nicht: von der Philosophie aus — will K. der Psychiatrie aufhelfen. „Dies Buch erfordert also vom Verfasser wie vom Leser, sich intensiv innerhalb desjenigen Forschungsinstitutes für Psychiatrie und verwandte Gebiete zu betätigen, welches ein jeder von uns mit sich herumträgt: des denkenden Geistes. Dieser Geist wahrhaften psychologischen Denkens und Erfassens in seiner Tragweite und Bedeutung für die psychiatrische Gesamtforschung soll zu intensiverer, strengerer, schulmäßigerer und verantwortlicherer Arbeit hingeleitet werden, als unser Fachgebiet sie bisher kannte und zuließ, wo gerade die psychologischen und psychopathologischen Begriffsbildungen und Konzeptionen nur zu oft so beschaffen waren, daß sie einem Vertreter exakter Wissenschaften mit Recht den Eindruck befremdlicher Oberflächlichkeit, subjektiver Willkür, konventioneller Schematik, unpräzisen und verantwortungslosen Geredes machen mußten" (S. 2).

„Allein, obwohl Kochen, selbst unter den Kautelen Abderhaldenscher Methodik, leichter ist als exakte Abstraktion: so ist die letztere doch die würdigere Aufgabe in einer psychiatrischen Disziplin, in der Wissenschaft vom menschlichen Geiste" (S. 417).

Ich empfehle das Buch zur Lektüre: es gibt wenig derartige Bücher, aus denen man sich so gründlich und so bequem von der völligen Nutzlosigkeit des Philosophierens für die Psychiatrie überzeugen kann.

— Jasper, Dr. med. Karl, a. o. Professor der Philosophie an der Universität Heidelberg: Allgemeine Psychopathologie. Für Studierende, Ärzte und Psychologen. Zweite umgearbeitete Auflage. 416 S. Berlin 1920, Verlag von Julius Springer. 28 M, geb. 34.80.

Bei dem Lesen dieses trefflichen Buches stellen sich hier und da beinahe ähnliche Gedanken ein wie beim Studium des Buches von Kronfeld: Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis. Die Erörterungen über verständliche und kausale Zusammenhänge — die Unterscheidung läßt sich gar nicht einmal so grundsätzlich durchführen, wie es nach Verfassers Bemühen den Anschein hat — sind ganz ausgezeichnet, aber sie bringen uns doch nichts wesentliches Neues und deshalb bleibe ich eben bei der Ansicht, daß wir von Philosophie, auch von Psychologie her nichts zu erwarten haben, was die Psychiatrie vorwärts bringt. Wir wollen wissen, welches die Ursache der Dementia praecox, des manisch-depressiven Irreseins, der Epilepsie usw. ist, wie wir der Krankheit vorbeugen und wie wir sie heilen. Dazu führt der Weg einzig und allein durch Klinik und Laboratorium, nicht durch Philosophie und Psychologie. Oder hat uns zur Entdeckung, daß die Paralyse durch Spirochäten verursacht wird, Philosophieren und Psychologisieren geführt?

Und Jaspers sagt ja selbst (S. 12), daß philosophisches Studium für den Psychopathologen nur negativen Wert hat.

Wie sehr Jaspers durch seinen philosophisch-psychologischen Ausgangs- und Standpunkt einseitig beeinflußt wird, geht aus folgendem Satze (S. 13) hervor: „Solche anatomischen Konstruktionen sind durchaus phantastisch ausgefallen (Meynert, Wernicke) und werden mit Recht „Hirnmythologien" genannt. Dinge, die gar keine Beziehung zueinander haben, wie Rindenzelle und Erinnerungsbild, Hirnfaser und psychologische Assoziation, werden zusammengebracht."

Haben Rindenzelle und Erinnerungsbilder „gar keine" Beziehung? Wer das verneint, darf in Dingen der Psychopathologie überhaupt nicht mitreden.

Aber im übrigen kann ich das Studium des Buches nur bestens empfehlen. Der Hauptinhalt ist der gleiche wie in den sonstigen Büchern über Psychopathologie.

„In jeder Hinsicht das Gegenteil (sc. von der Manie) ist die reine Depression" (S. 341). Ich gebe es als aussichtslos auf, immer von neuem auf den Irrtum hinzuweisen, der in dieser aus der Seelenkunde beim gesunden Menschen herübergenommenen Gegenüberstellung liegt, zumal wenn man Kenntnis der Mischzustände von diesem Irrtum nicht abzuhalten vermag.

Überrascht war ich über eine Bemerkung im Vorwort zur zweiten Auflage: „Von medizinischer Seite ist wohl die Meinung geäußert worden, dieses Buch sei



och für Studierende zu schwer, weil auch die letzten id schwersten Probleme darin behandelt wurden." Die tzten: das kann ich nicht finden; die schwersten: noch eniger. Die Denkarbeit der Oberprimaner wird, z. B. ı mathematischen und Religionsunterricht, mit recht chwierigen Aufgaben und Problemen in Anspruch geommen und geübt. Die philosophischen und psychologichen Probleme sind verhältnismäßig einfach, wenn die arstellung sich der fachwissenschaftlichen Provinzialisen enthält. Bresler.

— Frankhauser, Dr. K.: Das Zweckmäßigkeitsroblem und das Indifferenzprinzip. 357 S. Straßburg 920, J. H. Ed. Heitz.

Der Verfasser, Direktor der elsässischen Landesleil- und Pflegeanstalt Stephansfeld, dem wir schon erschiedene interessante psychologische und philosophische Schriften („Gedächtnis und Vererbung", „Über ypertonische und hypotonische Seelenstörungen", „Prinipien der Ästhetik") verdanken, bearbeitet in dem voregenden Werk ein Problem, das den Kern einer jeden Veltanschauung bildet, den Zweckmäßigkeitsbegriff, in uch für einen weiteren Leserkreis verständlicher Weise. s wird zunächst die Geschichte des Zweckmäßigkeitsroblems, das Ursächlichkeitsproblem, das Wirklicheitsproblem, das Entwicklungsproblem, das Geschlechtsroblem und das Vererbungsproblem behandelt und zum chluß der Zweckmäßigkeitsbegriff und das Indifferenzprinzip. Hierüber sagt Verf. in den „Allgeeinen Grundlagen" (S. 303): „Das Wirken der Naturräfte ist an sich weder zweckmäßig noch unzweckäßig, sondern rein indifferent."

Gelingt die Synthese neuer chemischer Stoffe und amit die Schaffung neuer Kräfte, so ist es ein reiner ufall, wenn sie sich als zweckmäßig für einen Organisus erweisen, sie können ebensogut unzweckmäßig, sie önnen beides sein, je nach dem Maße der Wirkung, der sich völlig indifferent verhalten.

Ein Zweifel daran, daß Zweckmäßiges, wenn es sich vie bei den Organismen um eine große Summe mitinander verbundener und aneinandergereihter zweckäßigen Bewirkungen handelt, durch allgemein wirkende räfte geschaffen werden könne, ist daher durchaus beechtigt.

„Man muß von vornherein annehmen, daß die zweckäßigen Bewirkungen durch die unzweckmäßigen wieder ufgehoben werden, da an sich die Wahrscheinlichkeit ür die eine oder andere Art der Wirkung genau die leiche ist."

„Selbst im ganzen Weltgetriebe gibt es kein Atom bsoluter Zweckmäßigkeit" (S. 356).

Bezüglich der näheren Ausführungen dieser Grundätze und ihrer Anwendung auf die Entwicklung der rganischen Wesen muß auf das geistreiche und allentalben von selbständiger Auffassung und Denkarbeit eugende Original verwiesen werden. B.

— Lomer, Dr. Georg, Nervenarzt in Hannover: Die Welt der Wahrträume. Bekenntnisse eines Bekehrten. 1. bis 3. Aufl. 128 S. Leipzig 1920, Verlag von Max Altmann. 5,25 M.

Enthält folgende Kapitel: Woher des Weges? Ein Schicksal in Träumen (betrifft den Selbstmord des Anstaltsdirektors San.-Rats B. in M). Aus Praxis, Ehe, Freundschaft. Die hohe Politik im Traum. Vom Geschäft, Krankheit und Tod. Vom zweiten Gesicht. Wohin des Weges?

Lomer hat darin Recht, daß, wie er sagt, für die Mehrzahl der Wissenschaftler der Traum heute noch ein belangloses Spiel des ruhenden Hirnes, eine Seifenblase, ein Irrlicht ist, dem nachzujagen und nachzugrübeln man füglich alten Weibern überlassen sollte. Aber der Traum ist ein subjektives Erleben von durchaus realer Kraft, das an uns mit ähnlicher, ja oft größerer seelischer Wucht herantritt als die Erlebnisse des Tages und seinen besonderen Gesetzen und Bedingungen folgt. Die Traumsprache — das ist ihre Eigenart — redet fast durchweg in Bildern, Gleichnissen, Allegorien, die um verständlich zu werden, erst richtig gelöst und gedeutet werden müssen. Ein Traumbild ist also — eine Grundregel — nie wörtlich zu nehmen.

Lomer führt eine Anzahl von prophetischen Träumen auf, teils von ihm selbst, meist von anderen erlebt. Sie sind in der Tat höchst beachtenswerte. Lomer sagt hinsichtlich eines solchen: „Man hat unter Berücksichtigung aller Umstände geradezu den Eindruck, daß in dem fraglichen Schlafzustand die psychische Reichweite des Individuums weit über das Normalmaß gesteigert ist, daß bei dem Schläfer seelische Organe in Tätigkeit treten, die im Wachzustande schlummern, daß eine Steigerung und Erweiterung des Bewußtseins statthat, deren stoffliche Unterlage eine andere sein muß als die des beschränkten Wachbewußtseins" (S. 75).

Lomer wirft die Frage auf, ob vielleicht die Halluzinationen mancher Geisteskranker objektive Realitäten in dem Sinne sind, daß sie tatsächliche grobstoffliche Vorgänge (Zerfalls- und Entartungsprozesse im Gehirn des Halluzinanten) symbolisch einkleiden und in dieser Form zur Wahrnehmung bringen (S. 97).

In manchem wird man dem Verf. nicht zu folgen vermögen, besonders hinsichtlich der telepathischen Träume und den daraus gezogenen Folgerungen, aber das ist Ansichtssache, und man bedauert jedenfalls nicht (wie bei manchen schmutzigen und verirrten „wissenschaftlichen" sexualpsychoanalytischen Traumdeutungsschriften), diese geistreiche und interessante Schrift gelesen zu haben.

Therapeutisches.

— Über die **Behandlung der Tuberkulose mit Partialantigenen nach Deycke und Much** liegen wieder einige neuere günstige Beobachtungen vor, so von Schmidt, Zur Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Partialantigenen, Deutsch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 31, Rehder, Anderthalb Jahre klinische Beobachtungen über die Behandlung der Lungentuberkulose mit Partialantigenen nach Deycke und Much, Beitr. z. Klinik der Tuberkulose Bd. 42 H. 3, Ludwig, Erfahrungen mit Deycke-Muchschen Partialantigenen in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, Bruns Beitr. z. klin. Chirurgie Bd. 119 H. 3, und Wick, Die Partialantigen-

behandlung und Immunitätsanalyse nach Deycke-Much, Klin.-therap. Wochenschr. XXVI, Nr. 37 bis 44.

Ludwig kommt zu folgendem Ergebnis:

1. In der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose ist die spezifische Kur nach Deycke-Much ein wertvolles Unterstützungsmittel der chirurgischen Therapie. In mehreren Fällen hat sich ihre Überlegenheit über andere konservative Maßnahmen, wie z. B. die Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne, erwiesen.

2. Die Intrakutanprobe gibt ein richtiges Abbild von der Immunität des Gesamtorganismus. Sie ist als Maßstab für die therapeutische Anfangsdosis zu verwenden.

3. Bei günstigem Verlauf der Erkrankung entwickelt sich positiv dynamische Immunität, negativ dynamische Immunität zeigt sich da, wo die Behandlung erfolglos bleibt.

4. An der Veränderung des Immunitätsbildes beteiligen sich die Fettantikörper in auffallender Weise. Sie nehmen im Kampf gegen die Tuberkulose eine führende Rolle ein.

— **Über den Einfluß der Zirbeldrüsensubstanz auf die Psyche.** Von Dr. R. Hofstätter. Diskussion zum Vortrag Frankl-Hochwart im Verein f. Psychiatrie und Neurologie in Wien, Sitzung v. 12. Mai 1914. Wien. med. Wochenschr. 1915 Nr. 2 S. 103.

Dr. R. Hofstätter teilt mit, daß er an der Poliklinik (Abt. Prof. Peham) mit Unterstützung von Prof. v. Frankl-Hochwart seit November 1913 Epiphysenpräparate verwendet hat. Sieben Fälle von abnorm großer Libido sexualis wurden behandelt; in sechs Fällen zeigte sich ein kalmierender Einfluß, der in einigen Fällen vorhanden gewesene Drang zu exzessiver Masturbation hat sich verloren. In vier dieser Fälle waren alle gebräuchlichen therapeutischen Maßnahmen erfolglos versucht worden (Brom, Kampfer usw.) In zwei Fällen wurden die Ausfallserscheinungen nach Kastration besonders hinsichtlich der vasomotorischen Phänomene gebessert. Besonders interessant sei ein Fall gewesen, in dem ein 15jähriges Mädchen schwachsinnig war, an Bewegungsdrang, Witzelsucht, Lachkrämpfen und Krampfanfällen litt. Daneben bestanden seit zwei Jahren zweiwöchentlich wiederkehrende Genitalblutungen. Die äußeren Genitalien waren in ihrer Entwicklung dem Alter vorausgeeilt, die inneren waren infantil, die Brüste waren auffallend groß, die Pigmentation in der Regio pubica und den Axillen und an den Mamillen auffallend stark. Das Mädchen war so oft und stark sexuell erregt.

Die Epiphysenpräparate bewirkten, daß Beruhigung eintrat, das Kind wurde lern- und arbeitsfähig, es ist geschickt und ordnungsliebend. Die Genitalblutungen treten in vier- bis achtwöchentlichen Intervallen auf, das seit Beginn der Menses sistierte Wachstum hat wieder begonnen. Vortr. deutet den Fall als Beseitigung einer bestandenen Unterfunktion der Zirbel und Aufhebung des Hypergenitalismus. Die tierexperimentell festgestellte erschlaffende Wirkung der Epiphysenpräparate auf Uterusmuskulatur veranlaßte Vortr., Versuche bei viszeralen Spasmen anzustellen; bei idiopathischer, nicht mechanisch begründeter Dysmenorrhöe war der Erfolg fraglich, bei spastischer Obstipation günstig (ein Fall), ebenso bei Vaginalspasmen (zwei Fälle). Aus der erschlaffenden Wirkung auf Uterusmuskulatur ergeben sich weiterhin folgende Indikationen für die Anwendung von Epiphysenpräparaten: Auftreten eines Kontraktionsringes intra partum, Fruchtwasserabfluß vor der eventuell nötigen Wendung, inkarzerierte Plazenta, schmerzhafte Wehen, Blasen- oder Darmtenesmus, Priapismus, ovarielle Hyperfunktion. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden danach nicht beobachtet. Weniger gut erwiesen sich die Pillen von Perry.

Personalnachrichten.

— **Alt-Scherbitz.** Geheimer Sanitätsrat Direktor Dr. Paetz wurde anläßlich des 70. Geburtstages von seiner Geburtsstadt Winzig i. Schl. zum Ehrenbürger ernannt.

— **Bernburg.** Geheimer Medizinalrat Dr. Neuendorff ist nach 38jähriger Dienstzeit an der Anstalt und 35jährigem Wirken als Direktor am 1. Januar in den Ruhestand getreten.

— **Hannover.** Assistenzarzt Dr. Harries von der Provinzial-Heilanstalt in Hildesheim ist am 1. November 1920 aus dem Dienst der Provinzialverwaltung ausgeschieden.

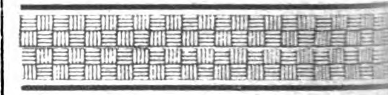
Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

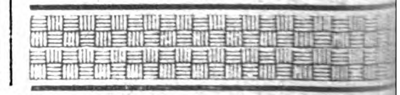
weiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 45/46. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.


A.VOSS SEN SARSTEDT u. HANNOVER
KOCHAPPARATE JEDER ART





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 45/46. 12. Februar **1920/21.**

Bezugspreis: M 6,— für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

(Aus der Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, Direktor Med.-Rat Dr. Klewe-Nebenius.)

Die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart.[1])

Von Dr. **Hans Roemer**, Oberarzt.

M. H.! Der Psychiater kann sich zu den Veränderungen, die seit unserer letzten Zusammenkunft 1913 über uns hereingebrochen sind, verschieden stellen. Der eine wendet sich von dem Getriebe des Tages resigniert ab und flüchtet vielleicht in die wissenschaftliche Arbeit; der andere zergliedert die ungewöhnlichen Erscheinungen der Gegenwart nach psychologischen, häufiger nach psychopathologischen Gesichtspunkten und forscht an Hand des geschichtlichen Vergleichs nach den Gesetzen ihrer Entstehung. Wieder andere sehen ihre Aufgabe darin, als geistige Führer und Ärzte des Volkes an der Überwindung der vaterländischen Krisis trotz der Ungewißheit der Heilungsaussichten mitzuhelfen.

Daneben mag es gerechtfertigt sein, zu überlegen, wie der praktische Irrenarzt sich in den Dienst solch allgemein therapeutischen Handelns stellen, wie er sich an dem Notwerk des Wiederaufbaus, dessen Ausgang über unser völkisches Schicksal entscheidet, in seinem bescheidenen Bereich beteiligen kann.

Welches sind dabei die wichtigsten Anzeigen für sein Handeln?

An erster Stelle steht das zwingende Gebot der Sparsamkeit in volks- wie privatwirtschaftlicher Hinsicht. Ein verarmtes Staatswesen kann sich eine Irrenanstaltsfürsorge, wie sie sich in den meisten Gebieten Deutschlands vor dem Kriege in breiter Ausdehnung entwickelt hatte, künftig nicht mehr leisten, die notleidenden Familien und verschuldeten Körperschaften, insbesondere die Stadtgemeinden, können für solche unproduktive Zwecke heute nicht mehr die Mittel wie früher aufbringen. Dazu kommt infolge der Personalvermehrung und der Lohnsteigerung eine Verteuerung des Anstaltsbetriebes, die auch abgesehen von der Geldentwertung in manchen Gebieten als ungeheuerlich be-

[1]) Erweiterte Form eines am 7. Nov. 1920 auf der Versammlung der Südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe gehaltenen Vortrages.



zeichnet werden muß.[2]) Bei dieser Sachlage kann man nur mit ernster Sorge der Zukunft des deutschen Irrenwesens entgegensehen. Optimistische Zweifler sollten sich an die verkürzte Nahrungsmittelversorgung der Anstalten während des Krieges und ihre vielfach heute noch stockende Kohlenbelieferung erinnern lassen; vielleicht werden sie sich dann an den Gedanken bequemen, daß einer um ihr Dasein ringenden Volkswirtschaft für lange Zeit nichts anderes übrig bleiben wird, als solche Kulturaufgaben hinter noch lebenswichtigere Interessen zurückzustellen. Auf jeden Fall erwächst dem Irrenarzt aus der gegenwärtigen allgemeinen Lage die Aufgabe, an der dringlichen Vereinfachung der Irrenfürsorge von vornherein mitzuarbeiten, damit eine solche mit ihm und nach seinem sachverständigen Gutachten und nicht ohne oder gar gegen ihn zustande kommt. Von dem Erfolg dieser Bemühungen wird es abhängen, ob unser hochentwickeltes Irrenwesen die volkswirtschaftliche Erschütterung einigermaßen glimpflich überstehen oder für lange Zeit auf überwundene Stufen seiner Entwicklung zurücksinken wird.

In zweiter Linie hat der Irrenarzt die Erfahrungen der Kriegszeit zu verwerten, die unsere fachärztlichen Anschauungen in manchen wichtigen Punkten bereichert bzw. richtiggestellt haben, so z. B. hinsichtlich der Bedeutung des psychogenen Faktors oder der Beurteilung der Anstaltsbedürftigkeit, die man bei manchen Kranken unter den Verhältnissen des Friedens überschätzt hatte.

Endlich gilt es, den neu entstandenen Bedürfnissen der Gegenwart nach Möglichkeit gerecht zu werden, so der Fürsorge für die nervös Kriegsbeschädigten, der Verhütung der zunehmenden Kriminalität der jugendlichen Psychopathen, der Eindämmung der namentlich auch auf dem Lande unheimlich um sich greifenden Lues, der Bekämpfung der vermehrten Sucht nach Reiz- und Betäubungsmitteln (Alkohol, Nikotin, Morphium, Kokain usw.), sowie der Sorge für eine allgemeinere Aufklärung über die Haupterfordernisse einer psychischen Hygiene.

Und schließlich verlangt die heute übliche Geringschätzung der Kopfarbeit gegenüber der Handarbeit ein entschlossenes Zusammenarbeiten aller geistig schaffenden Berufe, wobei der Irrenarzt durch psychologische und psychopathologische Aufklärung wichtige Dienste für die Verständigung und Förderung aller aufbauenden Kräfte leisten kann.

Im Sinne dieser sozial-hygienischen Anzeigen sind folgende Maßnahmen zu empfehlen:

1. der planmäßige Ausbau der Entlassenenfürsorge zwecks Anbahnung der Frühentlassung,
2. die Einrichtung von Beratungsstellen für Nerven- und Gemütskranke an den Heilanstalten,
3. die Inangriffnahme der psychiatrischen Aufklärungsarbeit.

Diese drei Vorschläge verlangen nur die allgemeine Ein- und Fortführung der verschiedenenorts schon gemachten Anfänge. Sie können von den Anstaltsärzten ohne erheblichen organisatorischen oder geldlichen Aufwand in die Tat umgesetzt und außerdem den vorhandenen Fürsorgemaßnahmen und -einrichtungen unschwer angegliedert werden. Sie dienen zugleich wichtigen Bedürfnissen des irrenärztlichen Standes, wie dies in den vom Reichsverband der beamteten deutschen Irrenärzte entworfenen „Richtlinien über die zeitgemäße Gestaltung der dienstlichen und beruflichen Stellung der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten" näher ausgeführt ist; in folgendem sollen sie ausschließlich als sozial-psychiatrische Erfordernisse der gegenwärtigen allgemeinen Lage ins Auge gefaßt werden.

Die staatliche Irrenfürsorge war in Deutschland in der Zeit vor dem Weltkrieg durch die anhaltende Zunahme der angeforderten und dann auch bereitgestellten Anstaltsplätze gekennzeichnet. Diese beruhte, wie anläßlich der statistischen Berechnungen von Fischer[3]) seinerzeit Wilmanns[4]) wahrscheinlich gemacht hat, nicht so sehr auf einer absoluten Zunahme der geistigen Erkrankungen als auf einer relativen Steigerung der Anstaltsbedürftigkeit infolge der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung. Damit im Zusammenhang steht die Tatsache, daß als die gegebene Form der Irrenfürsorge in Deutschland bisher so gut wie ausschließlich die möglichst allgemeine und möglichst lange Anstaltsbehandlung anerkannt wird, die bei dem Großteil der Anstalts-

---

[2]) Eine vorläufige Schätzung bemißt z. B. den Staatszuschuß für eine badische Anstalt mit etwa 300 Kranken im kommenden Rechnungsjahr pro Kopf auf 9000 bis 10 000 M, also auf rd. 3 Mill. M; das wäre das 29 fache der Kriegsvorzeit! Andere Sachverständige kommen zu weniger hohen Zahlen; aber bei den gegenwärtigen Verhältnissen behält in der Regel die höchste Schätzung recht.

[3]) Max Fischer, Denkschrift über den heutigen Stand der Irrenfürsorge in Baden usw. 1901.

[4]) Karl Wilmanns, Die Zunahme der anstaltsbedürftigen Geisteskranken in Baden und ihre Ursachen. Ztschr. für die ges. Neur. u. Psych. Bd. 4 H. 5.

nsassen, den Schizophrenen, meist auf dauernde lospitalisierung hinausläuft.

Die erwähnte wirtschaftliche Notlage zwingt zu er Frage: Sind wir ärztlich berechtigt, en langdauernden Anstaltsaufenthalt abzukürzen, und wenn ja, wourch können wir ihn ersetzen?

Schon seit längerer Zeit lassen sich kritische itimmen vernehmen, die den Wert der allgemeinen lospitalisierung bezweifeln und eine häufigere und ühere Entlassung empfehlen.

Spamer[5]) hatte 1878 die Frage „Ist allen psyhisch Kranken der dauernde Anstaltsaufenthalt is zur vollendeten Genesung) vorteilhaft?" an land praktischer Fälle verneint, konnte aber trotz er Berufung auf Griesinger nicht durchringen.

Neuerdings haben verschiedene Anstaltsärzte oziale Katamnesen bei ihren Entlassenen rhoben und Beachtenswertes, zum Teil Überaschendes gefunden.

Tomaschny, Treptow a. R.,[6]) konnte bei 96 ranken (darunter 52 Schizophrenen), die gegen rztlichen Rat auf Revers von den Angehörigen abeholt worden waren, nachweisen, daß nur 6 v. H. er Männer und 12 v. H. der Frauen innerhalb der sten acht Tage in die Anstalt zurückgebracht erden mußten; er schließt daraus, daß die ärztchen Befürchtungen und Bedenken bei den meisten ieser Fälle unnötig waren und man mit der Entssung der Kranken im allgemeinen nicht allzu ngstlich zu sein brauche.

Uhlmann, Schussenried,[7]) fand bei der Nachrschung nach 177 „ungeheilt und in der weitaus rößten Zahl wider den ärztlichen Rat Entlassenen") (56 v. H.) wesentlich gebessert oder geheilt; 24 älle waren aufsichts- und pflegebedürftig geworen, drei mit dem Strafgesetz in Konflikt gekomen, einer hatte Selbstmord begangen; dagegen nnte in keinem Fall Verwahrlosung nachgewien werden. Bei den 117 (66 v. H.) wieder arbeitshig Gewordenen schätzt er den Arbeitsverdienst i einer Arbeitsfähigkeit von drei Jahren auf eine iertelmillion Mark und die Ersparnis an Verpfleingskosten noch etwas höher, so daß die geldhe Folge dieser „vorzeitigen Entlassungen" eine Ersparnis von etwa einer halben Million Mark darstellt. Er rechnet mit der Möglichkeit, daß der Anstaltsaufenthalt auf gewisse Fälle ungünstig wirken könne, und hält für diese die Entlassung nicht allein für zulässig, sondern für gefordert, auch wenn die Angehörigen sie nicht wünschen; er denkt auch an die Anstellung eines poliklinischen Arztes, der sich mit diesen ungeheilt Entlassenen zu befassen hätte.

Treiber, Landsberg a. W.,[8]) erhielt bei der Katamnese über 120 gegen ärztlichen Rat Entlassene ähnliche Verhältnisse: von 73 in Freiheit Gebliebenen waren 52 (71 v. H.) mehr oder weniger erwerbsfähig geworden, so daß auch er vor allzu großer Ängstlichkeit in der Entlassungsfrage, namentlich bei Manisch-depressiven und Schizophrenen, warnt. Bei letzteren scheint es ihm eine therapeutische Maßnahme zu bedeuten, wenn sie wenigstens einige Zeit dem Anstaltsmilieu entrissen werden.

Schröder, Lauenburg,[9]) empfiehlt für Schizophrene, bei denen eine Tuberkulose ausbricht, auf Grund übereinstimmender Erfahrungen die Entlassung als Behandlungsmaßnahme.

Müller, Lemgo,[10]) bekam bei der Katamnese über 70 gegen Revers Entlassene im ganzen gleichartige, wenn auch im einzelnen nicht so günstige Ergebnisse wie die Voruntersucher; auch er hält es für gerechtfertigt, bei Nichtkriminellen und Nichtsuizidalen in der Entlassungsfrage weitherziger zu sein, als es bisher im allgemeinen üblich war.

Erich Friedländer, Lemgo[11]) fand bei der Nachforschung nach 475 ins bürgerliche Leben wie üblich Entlassenen den Prozentsatz der Erwerbsfähigen viel geringer, die Zahl der Pflegebedürftigen, der Wiederaufnahmen und Selbstmorde erheblich größer als Müller und Treiber bei den gegen ärztlichen Rat Entlassenen.

Alle diese unerwarteten Feststellungen bestätigen in besonders krasser Weise die jedem älteren Irrenarzte zur Verfügung stehenden Erfahrungen über die Unbestimmtheit der klinischen und sozialen Voraussage. Die prognostische Abschät-

[5]) Spamer, Archiv f. Psychiatrie Bd. 8 S. 455.

[6]) Tomaschny, Erfahrungen über Entlassungen m Kranken gegen Revers. Psych.-neurol. Wochenschr. 12 Nr. 53.

[7]) Uhlmann, Zur Frage der vorzeitigen Entlasng von Geisteskranken aus der Heilanstalt. Psych.-urol. Wochenschr. 1914 Nr. 5-7.

[8]) Treiber, Erfahrungen über Entlassung von Geisteskranken gegen ärztlichen Rat. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 72 H. 1.

[9]) Schröder, Todesursachen schizophrener Frauen. Zeitschr. für die ges. Neur. u. Psych. Bd. 25 H. 1 und 2.

[10]) Müller, Zur Frage der Entlassung gegen ärztlichen Rat. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916 Nr. 15-16.

[11]) Erich Friedländer, Das Schicksal der aus der Anstalt entlassenen Geisteskranken. Pych.-neurol. wochenschr. 1920 Nr. 23-24.



zung ist gerade in den Fällen, bei denen die Anstaltsärzte die Zurückhaltung für besonders dringlich gehalten und die Angehörigen die Entlassung nur gegen ausdrückliche Übernahme der rechtlichen Verantwortung erzwungen hatten, durch einen überraschend günstigen Verlauf in der Freiheit auffallend häufig richtiggestellt worden. Kein Vernünftiger wird daraus etwa die Forderung an die Ärzte ableiten wollen, künftig gerade derartig schwere Fälle der Familie auf ihr erstes Drängen nach Hause mitzugeben. Die angeführten Beobachtungen beweisen jedoch schlagend — und darin ist den Folgerungen der Untersucher durchaus beizupflichten — wie unsicher unser prognostisches Wissen besonders bei der Schizophrenie z. Zt. noch ist; sie legen den Gedanken nahe, der Anstaltsaufenthalt könnte auf die Dauer gewisse Krankheitsstadien ungünstig beeinflussen, und sie machen es durchaus wahrscheinlich, daß man mindestens berechtigt, wenn nicht verpflichtet ist, in der Entlassungsfrage weitherziger, als dies bisher in Deutschland überkommene Übung ist, vorzugehen.

Für die ärztliche Zulässigkeit einer Abkürzung des Anstaltsaufenthaltes sprechen ferner die günstigen Erfahrungen, die man unter dem Druck der Kriegsverhältnisse, z. B. in Baden mit der Entlassung geisteskranker, besonders schizophrener Soldaten aus den Beobachtungslazaretten unmittelbar nach Hause gemacht hat; dabei handelte es sich um Geisteskranke, die man nach den Grundsätzen des Friedensbetriebes längere Zeit interniert haben würde.

M. H.! Die angeführten Schlußfolgerungen und vereinzelten Versuche werden aber an Beweiskraft weit übertroffen durch die praktischen Erfolge, die Bleuler mit der Frühentlassung Schizophrener nach tastenden Versuchen seit 1902 planmäßig erzielt hat. Die in dieser Richtung grundlegende Mitteilung dieses besten Kenners des schizophrenen Seelenlebens hat bei uns nicht die ihrer Bedeutung entsprechende Beachtung gefunden; sie ist 1905 erschienen[12]) und durch Raehmis[13]) Bericht über den weiteren Ausbau der Frühentlassung im Burghölzli bis auf die Gegenwart ergänzt worden.

Bleuler hat im Zusammenhang mit Verbesserungen der Anstaltseinrichtungen 1902 mit der früheren und häufigeren Entlassung Schizophrener beginnen, infolge guter Ergebnisse damit fortfahren und schließlich den — natürlich cum grano salis zu befolgenden — Grundsatz aufstellen können, jeder Fall von Dementia praecox, der dem Anstaltsarzt abgenommen werde, sei zu entlassen. Wie Raehmi mitteilt, ist im Burghölzli seither immer ausgiebiger in diesem Sinne verfahren worden, so daß die Aufenthaltsdauer der Schizophrenen von 278 Tagen im Jahrfünft 1870-75 auf 184 im Jahrfünft 1910-15 gesunken und die Zahl der Entlassenen in diesem Zeitabschnitt um 400 v. H. gestiegen ist.

Bleuler erblickt den Grund der Entlassungsfähigkeit der Schizophrenen in psychischen Faktoren, in der ungünstigen seelischen Wirkung der Anstalt, in der günstigen der Freiheit: bei der Entlassung tritt an Stelle des nachteiligen Einflusses der Repression die vorteilhafte Suggestion der freien Umgebung; diese wirkt dem Autismus entgegen, trägt durch die echopraktischen und stereotypisierenden Neigungen begünstigt zum Wohlverhalten des Kranken bei und befreit ihn von dem Gefühl, als Mensch zweiter Ordnung zu gelten, das ihm auch in der organisierten Familienpflege nicht erspart bleibt. Bleuler kommt so geradezu zu dem Satz, „der Anstaltsaufenthalt ist für die Schizophrenen ein Übel, das sich bei den akuten Schüben und bei allzu argem chronischen antisozialen Verhalten nicht vermeiden läßt". Er ist somit auf die unumgängliche Dauer einzuschränken, auch, weil nur so die Berührung mit der Familie, auf die von Anfang an der allergrößte Wert zu legen ist, aufrecht erhalten werden kann. Nach Raehmi ist die breite Verwertung der Frühentlassung im Burghölzli der Psychoanalyse zu verdanken, womit, wie mir Professor Maier noch kürzlich persönlich bestätigt hat, die psychologische Kenntnis und Verwertung der „pathogenen", jedenfalls das äußere Verhalten der Kranken weithin bestimmenden Komplexe im Sinne der Neurosenpsychologie gemeint ist. Das hier vorliegende wissenschaftliche Problem, „inwieweit kann eine Schizophrenie durch seelische Einflüsse verschlimmert oder gebessert werden" (von einer Heilung im klinischen Sinne soll gar nicht die Re[illegible] sein), harrt noch der restlosen Lösung und dia[illegible]gnostische Verschiedenheiten dürften einer allge[illegible]mein anerkannten Klärung noch für längere Ze[illegible] im Wege stehen.

Die praktischen Erfolge der Züricher Schul[illegible] beweisen auf alle Fälle unwiderlegbar, daß d[illegible] Schizophrenen bei geeignetem Vorgehen we[illegible] häufiger und weit früher aus der Anstalt entlass[illegible] werden können, als dies bisher in Deutschland üb[illegible]lich ist. Die weiterhin wichtige psychologische Er[illegible]klärung, die Bleuler für diese Entlassungsmög[illegible]

---

[12]) Bleuler, Frühe Entlassungen. Psych.-neurol. Wochenschr. 1905 Nr. 45.

[13]) Rähmi, Die Dauer der Anstaltsbehandlung der Schizophrenen. Psych.-neurol. Wochenschr. 1919 Nr. 45 ff.

keit gibt, kann wertvolle Anhaltspunkte für das ktische Handeln und die wissenschaftliche Auf- ung dieser Krankheitsgruppe liefern.

Zusammenfassend kann man sagen: e frühere Entlassung der Geisteskranken, be- ders der Schizophrenen, wird in Deutschland auf nd des unerwartet günstigen Verlaufes der ersentlassungen von den Untersuchern allge- n empfohlen; sie wurde während des Krieges schiedenenorts mit gutem Erfolg versucht; die hentlassung der Schizophrenen wird von der icher Schule auf Grund jahrzehntelanger prak- her Erfahrung aus ärztlichen Gründen nach- cklich vertreten.

Bei dieser Sachlage kann u. E. an ärztlichen Zulässigkeit einer kürzung des Anstaltsaufenthalts diesen Kranken, die den Grund- ck unserer Anstaltsinsassen aus- chen, nicht länger gezweifelt rden. Ja man kann gute Gründe dafür an- en, daß man mit einem solchen Vorgehen einer htigen Behandlungsanzeige folgt. Denn n die Frühentlassung bei den Schizophrenen h den vorliegenden umfangreichen Erfahrungen ehr vielen Fällen ohne Gefahr möglich ist, wird sie dann auch fast immer als ärztlich wünscht oder notwendig anzuspre- n sein. Leuchtet es doch ohne weiteres ein: vollendete Krankenhauskomfort unserer zeit- äß eingerichteten Anstalten mit dem vorge- iebenen Luftkubus, der zentralen Beheizung, elektrischen Beleuchtung usw. ist für die akuten tände erforderlich und für die chronisch anti- ialen Kranken wünschenswert; für die ohne er- liches Risiko entlassungsfähigen Schizophrenen n er jedoch, sobald eine gewisse Erziehung er- ht ist, den wohltätigen Einfluß der normalen ensreize und den Vorzug der selbständigen Er- bsmöglichkeit in der Freiheit niemals ersetzen. lmehr besteht die Gefahr, daß das gleichmäßige, hanisierende Anstaltsleben trotz aller indivi- lisierenden Bestrebungen mit Beschäftigungsbe- dlung usw. die Festsetzung des Autismus und Stereotypisierung auf diesen eng umschriebenen neinschaftskreis begünstigt und einen erheb- en gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozia- Nachteil für den Kranken zur Folge hat. Wenn iit diese wichtige ärztliche Anzeige mit der n erwähnten dringenden wirtschaftlichen For- ung einer Abkürzung des Anstaltsaufenthalts zu- mentrifft, so halten wir es für ein un- weisbares Gebot der Stunde, die ıführung der Frühentlassung hauptsächlich der Schizophrenen überall planmäßig zu versuchen.

Man kann nun von der ärztlichen und volks- wie privatwirtschaftlichen Dringlichkeit dieser Forderung überzeugt sein und doch Zweifel hegen, ob die gegenwärtige Zeitlage und Zeitstimmung einem derartigen Versuche günstig ist. Trotz solcher zunächst naheliegenden Bedenken betrachten wir aber die Einführung der Frühentlassung auch heute als möglich, sofern sie nur mit einem sachgemäßen Ausbau der Entlassenenfürsorge verbunden wird. Berücksichtigt man, daß die unerwartet günstigen Erfolge in Zürich ohne jede derartige organisierte Unterstützung erzielt werden konnten, so wird man in einer gleichzeitig eingeleiteten planmäßigen Vorsorge für die gebessert Entlassenen eine heutzutage zwar unentbehrliche, aber auch sicher ausreichende Gewähr für das Gelingen der so notwendigen grundsätzlichen Abkürzung des Anstaltsaufenthaltes selbst unter den gegenwärtig so erschwerten Verhältnissen erblicken dürfen. Demnach besteht der gegebene Weg zur Einbürgerung der Frühentlassung heute bei uns ohne Zweifel in der Ausgestaltung der überall in Deutschland vorhandenen Einrichtungen und Organisationen zur Fürsorge und Beaufsichtigung der entlassenen Geisteskranken, namentlich der Irrenhilfsvereine, deren Betätigung den besonderen Bedürfnissen der Frühentlassung anzupassen ist.

Es kann in diesem Zusammenhang nicht die Aufgabe sein, einen erschöpfenden Überblick über den gegenwärtigen Stand der Entlassenenfürsorge in Deutschland zu geben. Es sei nur erwähnt, daß in den letzten zehn Jahren vor dem Krieg Bestrebungen für den Ausbau dieses Fürsorgezweiges immer lebhafter hervorgetreten sind. Einerseits sprachen sich die Medizinalbeamten unter dem Gesichtspunkte der Sanitätspolizei und der kriminellen Vorbeugung nachdrücklich für eine wirkungsvollere Überwachung der Entlassenen aus, so Schwabe,[14]) Stolper,[15]) Weber[16]) und besonders Leppmann.[17]) Auf der anderen Seite beschäftigten sich die Irrenärzte vorwiegend vom fürsorgerischen Standpunkt aus mit der Frage der zweckmäßigsten Organisation der Hilfsvereine, so beson-

[14]) Psych.-neurol. Wochenschr. 1905 S. 89.

[15]) Jurist.-psych. Grenzfragen Bd. 4.

[16]) Jurist.-psych. Grenzfragen Bd. 4.

[17]) „Der Schutz gegen Geisteskranke." Vortragsbericht. Deutsch. med. Wochenschr. 1915 Nr. 40 S. 1961.



ders Starlinger,[18]) Max Fischer[19]) und A. Groß.[20]) (Vergl. meine Abhandlung: „Die Irrenstatistik im Dienst der sozialen Psychiatrie." Psych.-neurol. Wochenschr. 1914 Nr. 49.)

Zum Teil im Zusammenhang mit den Hilfsvereinen entwickelte sich gleichzeitig das System der Fürsorgestellen, die, in der Regel von Anstalten aus eingerichtet und unterhalten, der persönlichen Fürsorge für die Beurlaubten und Entlassenen dienen.

So hat der Rheinische Hilfsverein unter Führung von Peretti in verschiedenen Städten (Essen, dann Düsseldorf und Elberfeld) derartige Fürsorgestellen mit gutem Erfolg eingerichtet.

Ferner hat Moeli[21]) 1912 in Berlin eine „Beiratsstelle" zur Fürsorge für die Entlassenen versuchsweise gegründet, die sich in der Folge günstig bewährt hat.

Wohl am tatkräftigsten hat Kolb[22]) diese Art der Fürsorge von der Kutzenberger und dann von der Erlanger Anstalt aus als „externen Dienst" entwickelt; er konnte auf solche Weise weit über 300 Kranke dauernd beraten und in dieser freiesten Form versorgen.

Weiterhin ist von dem gerichtsärztlichen Institut Puppes in Königsberg aus eine „Fürsorgestelle für Nervenkranke" eingerichtet worden, die nach dem Bericht von Müller-Heß[23]) im Jahre 1918 im ganzen 328 Kranke in der Stadt wahrgenommen hat; dabei stellte sich heraus, daß von 215 freilebenden Kranken 71 v. H. (vorwiegend Schizophrene) voll erwerbsfähig geworden waren.

Schließlich ist zu erwähnen, daß die Entlassenen des Burghölzli neuestens von der in der Stadt eröffneten psychiatrischen Poliklinik beraten und gegebenenfalls auch aufgesucht werden; die Fürsorge erstreckt sich auch auf Kranke, die niemals in die Anstalt aufgenommen waren.

Dieses System der „freien Fürsorge", die von einer hauptamtlich versehenen Fürsorgestelle aus di[e] gebessert Entlassenen dem freien selbständigen Erwerbsleben erhält, eignet sich ohne Zweifel weitau[s] am besten zur Einbürgerung de[r] Frühentlassung und ist deshalb zu[r] allgemeinen Einführung nach dem Muster der in Deutschland vorliegenden erfolgreichen Versuche nach[-] drücklich zu empfehlen.

An dieser Stelle können nur die Hauptge[-] sichtspunkte gestreift werden, die nach de[n] bisher bekannt gewordenen Erfahrungen für ei[ne] solche Organisation in Betracht kommen.

Die Leitung der Fürsorgestelle liegt in d[er] Hand des Facharztes, nach Kolbs Vorschlag i[n] der des „externen" Anstaltsarztes. Es ist Kol[b] durchaus beizupflichten, wenn er diese ganze Fü[r-] sorgeform im organischen Zusammenhang mit d[er] Anstalt, die den Kranken auf Grund genauer Kenn[t-] nis beurlaubt und dann entläßt, aufbaut und dara[uf] hinweist, daß diese externe Tätigkeit den Anstalt[s-] ärzten im Interesse der Fürsorge wie der Ansta[lt] und nicht zuletzt des irrenärztlichen Standes e[r-] halten bleiben sollte. Die Angliederung an die al[l-] gemeine Fürsorge würde die Beteiligung eine[s] Facharztes, der an Ort und Stelle wohnt, vorau[s-] setzen. Auch eine derartige Lösung wird an ma[n-] chen Orten erwogen, so daß die ungesäumte Wa[h-] rung unserer Standes- und Berufsinteressen dringe[nd] zu empfehlen ist. Die Ausübung der Fürsorge i[st] privaten Hilfskräften hauptamtlich zu übertrage[n]. Die Gewinnung geeigneter Persönlichkeiten, d[er] Fürsorgeschwestern, die über fachliche Ausbildun[g,] Menschenkenntnis, Gewandtheit und namentli[ch] Lust und Liebe zur Sache verfügen müssen, i[st] nach der Übereinstimmung aller Erfahrenen e[nt-] scheidend für das Gelingen der Einrichtung. 1 bis [...] Schwestern genügen meist auch für größere Städ[te]. So wird die Fürsorgestelle in Nürnberg, die i[ch] dank dem frdl. Entgegenkommen von Herrn Me[d.-] Rat Kolb besuchen konnte, von einer, alle[r-] dings besonders tüchtigen Fürsorgeschwester ve[r-] sehen. Bei ländlicher Unterbringung ist eine gr[ö-] ßere Anzahl von Hilfspersonen bzw. Vertrauen[s-] leuten erforderlich, die ehrenamtlich mit den Fac[h-] Ärzten Hand in Hand arbeiten. Vermittels d[er] Hilfsvereine wird man die Ärzte, und nach d[en] örtlichen Verhältnissen auch die Geistlichen — w[ie] hier in Konstanz — und die Lehrer für die Aufgabe gewinnen. Auch bei ländlicher Fürsor[ge,] die am besten in der Umgebung der Anstalt b[e-] gonnen wird, ist auf die Dauer die Bestellung ei[ner] hauptamtlichen Hilfskraft nach den neueren E[...]

---

[18]) „Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke." Jahrbücher f. Psychiatrie Bd. 36.

[19]) Halbmonatsschr f. soz. Hyg. u. prakt. Med. Jahrgang 21 Nr. 18.

[20]) Straßburger med. Zeitung 1913 H. 12.

[21]) „Die Beiratsstelle als Form der Fürsorge für die aus Anstalten entlassenen Geisteskranken." Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Bd. 2 H. 2.

[22]) „Reform der Irrenfürsorge." Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 47 H. 1-3 und Psych. neur. Wochenschr. 1920 Nr. 21-22 S. 166 f.

[23]) Deutsche med. Wochenschr. 1919 Nr. 29 S. 813 f.

-ungen auf anderen Fürsorgegebieten nicht
ıl zu entbehren. Bei der Fürsorgearbeit handelt
sich hauptsächlich um die Beschaffung von Un-
:unft, Vermittlung von Arbeitsgelegenheit,
utz vor Ausbeutung, dauernde persönliche
nnehmung und Beratung. Geldmittel zur ge-
ntlichen Unterstützung, namentlich beim Über-
g in das freie Erwerbsleben, müssen zur Ver-
ıng stehen. Wesentlich ist, daß man die Kran-
, besonders die Schizophrenen, über kritische
ndungen im Verhältnis zu den Arbeitgebern,
eitskameraden, Mietleuten usw. durch passende
virkung hinwegbringt und so der regelmäßigen
ständigen Beschäftigung erhält. Die Schizo-
nen fühlen sich, wie Bleuler ausführt, um
vohler, je mehr sie als Gesunde behandelt wer-
wobei man freilich ihre Komplexe kennen muß,
sie zu vermeiden. Die Fürsorge muß naturge-
mit allen einschlägigen Behörden und Einrich-
:en Fühlung nehmen, so mit der Hilfsschule,
Jugendfürsorge (Jugendamt), dem Jugendge-
t, dem Armen- und dem Arbeitsamt sowie mit
Tuberkulose- und namentlich der Trinkerfür-
e. Besonders sorgliche Pflege verlangt die Be-
ung zu den Ärzten, die man zweckmäßiger-
se zur — wenn irgend möglich bezahlten — Mit-
ung heranzieht. Taktvolle Zurückhaltung und
ıffällige Umsicht muß unbedingter Grundsatz
jeder polizeiliche Anstrich streng vermieden
an Stelle der Aufsicht die Fürsorge besonders
nt werden. Die Frühentlassung ist regelmäßig
h die Beurlaubung einzuleiten und, wenn nötig,
h die tunlichst berufsmäßig auszuübende Pfleg-
ft oder Entmündigung vorzubereiten. Für den
der Not muß die Rückverbringung in die An-
ohne weiteres möglich sein. Für die Frühent-
ıng kommen grundsätzlich nur Kranke in Be-
ıt, die nach ausreichender Anstaltsbeobachtung
ner selbständigen Arbeitsleistung
: erscheinen. In erster Linie Schizophrene,
entlich Katatoniker nach den ersten Schüben,
r auch Psychopathen; Paralytiker in der Re-
ion wird man nur bei günstigen Familienver-
issen, Manisch-depressive nur unter besonde-
Vorsichtsmaßregeln, Kriminelle zunächst über-
t nicht einbeziehen. Allgemein anerkannte An-
n und Gegenanzeigen für die Auswahl der
kheitszustände und -Stadien sind bisher nicht
anden. Im Laufe der Zeit darf aber von der
ısenden praktischen Erfahrung ein genauerer
ick in die Grundzüge der klinisch-sozialen
nose namentlich hinsichtlich des äußeren Ver-
ns erhofft werden, der auch eines wissenschaft-
n Interesses nicht ganz entbehren wird. Gerade im Anfang wird man aber vorsichtig tastend und immer ohne blinden Eifer vorgehen, schon um nicht Mißtrauen gegen die neue Einrichtung hervorzurufen. Schon jetzt würde der Austausch der an den verschiedenen Orten gesammelten Erfahrungen, etwa bei der Besprechung der Interessenten der Hilfsvereine gelegentlich der nächsten Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie einen wesentlichen Fortschritt erwarten lassen. Eine Verständigung zwischen den Hilfsvereinen und der freien Fürsorge ist offenbar ein dringendes Bedürfnis, damit die von Kolb mit Recht verlangte Gemeinsamkeit der Arbeit in die Wege geleitet wird. Außerdem wird eine persönliche Aussprache über die „frühzeitige" Entlassung sehr förderlich werden können, da dieser Begriff sehr relativ und subjektiv ist; so versteht man im Burghölzli, wie ich vor kurzem dort persönlich beobachten konnte, hierunter etwas ganz anderes, nämlich viel Frühzeitigeres als in unseren deutschen Anstalten, obwohl unsere Anstaltsärzte sich z. T. auch als Anhänger desselben Grundsatzes betrachten.

Die Einwände, die gegen den Vorschlag wie gegen alle Neue gemacht werden dürften, können nur durch die Praxis geklärt werden.

Nur ein Gesichtspunkt soll noch erwähnt werden: Diese Art der Fürsorge bedingt, wie Kolb ausdrücklich betont, eine mühevolle und geduldige Kleinarbeit der Ärzte und Fürsorgepersonen, deren Erfolge erst allmählich im Laufe der Zeit in Erscheinung treten kann. Diese Erfahrung verdient Beachtung, da manche Fachkollegen gegen den Vorschlag geltend machen, er sei bei dem derzeitigen niederen Krankenstand weder dringlich noch tunlich. Wenn man aber heute mit der freien Fürsorge in der geschilderten Weise beginnt, so kann der Gewinn für die Irrenfürsorge zahlenmäßig erst in mehreren Jahren ins Gewicht fallen; bis dahin wird aber der steigende Zustrom von Alkoholikern und Paralytikern ohne eine solche von langer Hand vorbereitete Entlastung eine Überfüllung der Anstalten herbeiführen, die dann bei der Unmöglichkeit der allzuteueren baulichen Abhilfe in kurzem unerträglich werden muß.

Unter eben diesem Gesichtspunkt ist auch vor dem Mißverständnis z. B. bei den Behörden zu warnen, als dürfte von einem solchen Vorgehen alsbald eine weitgehende Entlastung der Anstalten erwartet werden, die schon in allernächster Zeit eine erhebliche Herabsetzung des sachlichen und persönlichen Aufwandes für die Irrenpflege



erlauben würde. Derartige Hoffnungen müßten aus dem angeführten Grunde enttäuscht werden.

Andererseits würden die Kosten der vorgeschlagenen Fürsorgeeinrichtung sich rasch bezahlt machen, wie ein einfacher Überschlag ergibt: schon der jährliche Staatszuschuß für einige wenige (3 bis 4) Pfleglinge, der auf diese Weise erspart würde, könnte zur Besoldung eines besonderen Arztes, dem Gehalt einer Fürsorgeschwester und der Miete der nötigen Räumlichkeiten ausreichen — ganz abgesehen von dem volks- und privatwirtschaftlichen Gewinn der Ersparung der Verpflegungskosten und der Ermöglichung des Arbeitsverdienstes. —

M. H.! Der zweite Vorschlag betrifft die Einrichtung von Beratungsstellen für Nerven- und Gemütskranke an den Anstalten — ein alter Wunsch, der bisher vereinzelt verwirklicht wurde, aber heute besonders dringlich ist.

Es ist anzustreben, daß die fachärztlichen Kräfte der Anstalten sich der Allgemeinheit zur Verfügung stellen und ihr zugleich den Charakter der Anstalt als eines Fachkrankenhauses zum Bewußtsein bringen. Es handelt sich um die Beratung der nervös Kriegsbeschädigten, der Neurotiker, der Psychopathen, der latent Geisteskranken und Organiker, die von den praktischen Ärzten oder Fachärzten zur Beurteilung zugewiesen werden. Das Zusammenarbeiten der Fachärzte hat sich in der militärärztlichen Gepflogenheit sehr bewährt und während des Krieges auch dem breiteren Publikum den Wert der fachärztlichen Beurteilung näher gebracht.

Die durch die Kriegserfahrung besser erkannte weittragende Bedeutung des psychogenen Faktors und seiner ärztlichen Beeinflußbarkeit, überhaupt die bewußtere Einstellung auf die Psychotherapie im weiteren und engeren Sinne muß in einer solchen Anstaltssprechstunde planmäßig verwendet werden. Dies hat kürzlich Vollrath[24]) besonders angeregt und Kläsi[25]) mit bemerkenswerter Objektivität gegenüber den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden an Beispielen dargelegt. Bezüglich der Einzelheiten verweise ich auf die Ausführungen meines Kollegen v. Steinrück[26]), der die poliklinischen Fälle in unserer Anstalt zurzeit behandelt. Die Sprechstunde kann manchem Kranken einen Anstaltsaufenthalt und damit ihm und den öffentlichen Körpe schaften viele Kosten ersparen; sie kann fern manchen Anstaltsbedürftigen rechtzeitig erkenn und so Unheil verhüten. Auch einfache Begutac tungen für die Gerichte, Militärversorgungsgerich und andere Behörden können unter Umständen a bulant erledigt werden. Nach Bedarf kann mit d Sprechstunde auch die Fürsorgestelle verbund werden. Bei alledem sind natürlich die Beziehu gen der Anstalt zu den Ärzten, Krankenhäusern u Behörden der Umgebung ausschlaggebend. W haben in dieser Beziehung gute Erfahrungen macht und bekommen Kranke zur ambulanten B ratung oder auch zur kurzfristigen Aufnahme, z. zur Lumbalpunktion, zugeschickt. Selbstverstä lich darf der Charakter der Beratungsstelle als ei Fürsorgeeinrichtung gegenüber den praktisc Ärzten nicht in Frage gestellt, vielmehr muß a der Anschein eines unstatthaften Wettbewerbes dem schwer um sein Dasein ringenden Ärztestan peinlich vermieden werden. Erfahrungsgem schicken gerade die beschäftigten Praktiker ihnen oft lästig fallenden Kranken mit „funktion len", nervösen Beschwerden gerne der Beratun stelle zu, um sie für einige Zeit loszusein.

Organisatorisch ist die Verbindung den anderen Zweigen der sozial-hygienischen F sorge wichtig, so ist eine solche z. B. in der stalt Wiesloch mit der Trinker- und Juge lichenfürsorge sowie der Beratungsstelle für Tub kulöse, in Heppenheim mit der Beratungsst für Geschlechtskranke hergestellt, in Konsta gelangt mancher Kranke durch unser Wasserma Laboratorium in die Sprechstunde.

Als dritte sozial-psychiatrisc Aufgabe ist schließlich die Aufk rungsarbeit anzuführen. Die Sorge die Wiederherstellung der Volkskraft macht es Irrenarzt zur unabweisbaren Pflicht, die Bevö rung über die dringendsten Forderungen der chischen Hygiene, die Grundtatsachen der Ve bung und Keimschädigung sowie die Verhütung vermeidbaren Geistesstörungen, der syphilitis Gehirnkrankheiten, des Alkoholismus, Morph mus, Kokainismus zu unterrichten und durch d Vorbeugung zugleich zur Verminderung der un duktiven Lasten für das Irrenwesen beizutra Wenn auch der Appell an den Verstand in sol Dingen nicht überschätzt werden darf, so wär doch eine Unterlassung, wollten die Irrenärzte gegenwärtige Verlangen weiter Volkskreise Fortbildung nicht für ihre Aufklärungsbemühun wie sie Holub[27]) und andere unter dem psy

[24]) Vollrath, Psych. neur. Wochenschr. 1920 Nr. 25-26.

[25]) Kläsi, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 36 H. 5.

[26]) Die Arbeit erscheint in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.

[27]) Psych. neur. Wochenschr. 1906 Nr. 52.

schen, sowie Leppmann[28]) unter dem Ge-
htspunkt der kriminellen Vorbeugung gefordert
)en, nutzbar machen. Gleichzeitig muß natür-
ı das allgemeine Vorurteil gegen alles, was mit
· Irrenanstalt zusammenhängt, durch Orientie-
ıg über das Wesen der Geisteskrankheit sowie
Aufgabe und Einrichtung der Anstalt bekämpft
rden.

Eine Aufklärung höherer Ordnung
: sich an die geistigen Berufe zu wenden unter
rvorhebung der für ihre Aufgaben wichtigen
sichtspunkte.

Am nächsten liegt der Anstalt die Beziehung zu
ı praktischen Ärzten. Sie lassen sich,
: die Erfahrung lehrt, gerne an die für sie wich-
:n Förmlichkeiten bei der Einweisung in die An-
lt erinnern und sind für Mitteilungen über die
ktischen Fortschritte auf dem psychiatrischen
:hgebiet empfänglich. Die aktive Beteiligung der
staltsärzte an den ärztlichen Vereinigungen för-
t solche Bestrebungen.

Die Richter begrüßen die Wiederaufnahme
· durch den Krieg unterbrochenen Verständigung
ischen Jurist und Psychiater und nahmen, wie
· feststellen konnten, die psychiatrischen Vor-
ge über die gerichtsärztliche Beurteilung der
vös Kriegsbeschädigten mit lebhaftem Interesse
gegen.

Die Geistlichen und Lehrer sind viel-
h, besonders auf dem Lande, die Träger der Bil-
ıg und wegen ihres Einflusses auf die Bevöl-
ung die gegebenen Vertrauenspersonen für die
:nhilfsvereine und die wichtigsten Verbündeten
Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, den
oholismus und rückständige Vorurteile gegen
Anstaltswesen. Bei jenen finden die Beziehun-
ı der Psychopathologie zur Seelsorge, bei diesen
zur Psychologie der Schule, Hilfsschule und Für-
geeerziehung, wie man immer wieder sehen
n, Aufmerksamkeit und Verständnis. Auch die
ırerseminare bieten für diese psychiatrische Kul-
ırbeit ein dankbares Feld.

[28]) l. c.

Bei allen solchen Darlegungen sind die abnormen Erscheinungen der Zeitstimmung zu würdigen, namentlich der verbreitete Hang zu Mystizismus, Okkultismus, Spiritismus. Die Vortragsreihen sind durch Anschauungsmittel, Anstaltsführungen und unter Umständen durch Krankenvorstellungen zu ergänzen.

Endlich wird der Irrenarzt sich an der Arbeitsgemeinschaft der geistig schaffenden Berufe beteiligen und in seinem Bereiche dazu beitragen, daß durch solidarisches Vorgehen eine angemessenere Einschätzung der Kopfarbeit für die Allgemeinheit wieder hergestellt wird.

M. H.! Die drei sozial-psychiatrischen Aufgabenkreise: die Entlassenenfürsorge, die Beratungsstelle und die Aufklärungsarbeit greifen wie drei Ringe ineinander, sie bilden ein einheitliches Programm zur Verwirklichung der heute besonders dringlichen Aufgabe, die Anstalt ihrer Bestimmung entsprechend voll in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen und sie zum natürlichen Mittelpunkt für alle einschlägigen Fragen und Bedürfnisse der angewandten Psychiatrie innerhalb des Aufnahmebezirks auszubauen. Die neuzeitliche Heilanstalt ist von jeder unnötigen Beschränkung in Bauweise und Betrieb befreit; sie ist aber durch die unsichtbaren und deshalb nicht weniger starken Mauern alteingewurzelter Vorurteile von der Bevölkerung abgesperrt. Nur unverdrossener sozialpsychiatrischer Arbeit kann es im Laufe der Zeit gelingen, diese hemmenden Schranken niederzulegen. Solche Anstrengungen, die eine sozialmedizinische Ethik dem Irrenarzt heute zur freiwillig übernommenen Pflicht machen muß, gelten in erster Linie der Wiederherstellung der Volksgesundheit und Volkswohlfahrt. Zugleich fördern sie, wie an anderer Stelle ausgeführt wurde, den irrenärztlichen Stand und jeden einzelnen Mitarbeiter durch die breitere berufliche Berührung mit dem freien Leben: sie bahnen ihm den Weg zu einer Werte schaffenden Betätigung und führen so zu der öffentlichen Einschätzung des Standes, die seiner sozialen Bedeutung entspricht.

Erwiderung.

Von Dr. **Oscar Rein**, Oberarzt in Landsberg a. W.

u der Verwahrung Vollraths in seiner Abwehr (Nr. 37-38 d. Wochenschr.) dagegen, ich ihn gewissermaßen als schwarzes Schaf unserer Standesbewegung angeführt oder ihm einen Vorwurf gemacht hätte wegen seiner früheren Ausführungen, bemerke ich, daß mir irgend-



welche persönlichen Angriffe, die Vollrath zu vermuten scheint, vollkommen fern gelegen haben; vor allem kann ich in einer derartigen Entgegnung, die doch nur meine andere Ansicht zum Ausdruck brachte, niemals einen Vorwurf erblicken. Zunächst muß ich sagen, daß ich Vollraths Ausführungen allerdings — und soviel ich weiß, nicht ich allein — so aufgefaßt habe, als erscheine ihm die Leitung der Anstalten durch ein Direktorium wünschenswert oder wenigstens als ultimum refugium für die Anstaltsärzte. Ich lese das aus dem Satze: „Damit wird auch dem Bestreben der Betriebsbeamten, zu leitenden Stellen aufzusteigen, Rechnung getragen und ihren weitergehenden Neigungen, die — doch unbedingt notwendige — ärztliche Leitung ganz auszuschalten, die Spitze abgebrochen." Ich lese daraus, daß Vollrath nur wünscht, die ärztliche Leitung nicht ganz auszuschalten und in diesem Sinne Erfahrungen von Krankenhäusern einzuholen.

Das „persönliche Argument", das ich gegen Vollrath angeführt habe, ist von mir durchaus nicht persönlich, sondern rein sachlich gemeint gewesen: ich behaupte auch heute noch, daß zur richtigen Beurteilung der Anstaltsverhältnisse, d. i. der Wechselbeziehung zwischen ärztlicher Leitung und Betrieb, eine mehrjährige Tätigkeit an öffentlichen Anstalten gehört, und zwar unter normalen Verhältnissen, nicht zu Kriegs- und Nachkriegszeiten. Ein junger Arzt, besonders wenn er, wie Vollrath, vorher an einer Universitätsklinik tätig gewesen ist, geht mit soviel wissenschaftlichem Interesse an seinen Beruf, findet gerade im Vergleich von Klinik und Anstalt soviele Probleme, daß er auf alle die Kleinigkeiten und Kleinlichkeiten des täglichen Betriebes kaum achten kann, zumal nach bisherigen Gepflogenheiten er ja wohl auch kaum von dem Direktor oder dessen Stellvertreter, die den Verkehr und die kleinen Reibereien mit dem Betrieb meist allein abmachen, darauf hingewiesen wird. Erst durch die Wiederkehr und mehrfache Wiederholung derartiger Konflikte und Schwierigkeiten kann man die Verhältnisse richtig beurteilen lernen, also aus der Praxis heraus. Ich glaube nicht, daß ein richtiges Urteil darüber aus psychanalytischen oder sonstwie wissenschaftlichen Betrachtungen heraus gewonnen werden kann. Darum habe ich ja gesagt, daß meiner Meinung nach auch Kraepelin als Kliniker, der nie an einer Anstalt mit großem, besonders landwirtschaftlichem Betrieb länger selbst tätig gewesen ist, nicht die praktische Erfahrung und den richtigen Überblick zur Beurteilung dieser Anstaltsfrage hat.

Die übrigen Ausführungen Vollraths enthalten manches Richtige, wozu man allerdings auch auf nicht psychanalytischem Wege gelangen kann; es wäre aber sicherlich sehr interessant, wenn einmal ein Freudianer der Verlockung, wie Vollrath schreibt, folgte und eine Psychanalyse der Psychiater und der Anstaltsverhältnisse ausführte.

Im ganzen scheint mir jedoch, als ob Vollrath ins Gegenteil verfällt von dem, was er in seinem ersten Artikel (d. Wochenschr. Nr. 13-14) von den älteren Oberärzten sagt; diese sollen die Verwaltungsarbeit überschätzen, Vollrath unterschätzt sie vielleicht etwas. Wir Anstaltspsychiater sind eben nicht allein Ärzte, sondern müssen — leider kann man vielleicht sagen — auch Beamte sein.

Buchbesprechungen.

— Flechsig, Paul: Anatomie des menschlichen Gehirns und Rückenmarks auf myelogenetischer Grundlage. I. Band. 121 S. Mit 25 Tafeln und 8 Figuren im Text. Leipzig 1920, Verlag von Georg Thieme. Geh. 60 M und 60 v. H. Teuerungszuschlag und der jeweilige Sortimentsteuerungszuschlag.

Da, wie Flechsig im Vorwort sagt, unter der gegenwärtigen Ungunst der Zeitverhältnisse es ihm unmöglich ist, seine myelogenetischen Studien sogleich in ihrem ganzen Umfange zu veröffentlichen, bringt er in diesem ersten Band zunächst nur das Material zu einer allgemeinen Orientierung über den Ablauf der Markbildung im Gehirn und über die Bedeutung der Myelogenese als Forschungsmethode für die Gehirnanatomie. Er hat zu diesem Zweck eine Auswahl unter den von ihm untersuchten 72 Entwicklungsstufen getroffen und gibt von 29 Föten und Kindergehirnen Abbildungen in meist natürlicher Größe, welche in der Hauptsache nur die Gliederung des Projektionssystems und die myelogenetische Differenzierung der Großhirnwindungen (entwicklungsgeschichtliche Rindenfelder Flechsigs) wiedergeben. Ein orientierender Überblick über die Myelogenese auf dem Höhepunkt ihrer Leistungen für die Rindenanatomie, d. h. zur Zeit der normalen Geburt, ist beigefügt. Der zweite, in Vorbereitung befindliche Band soll die mikroskopischen Untersuchungen über den Gang der Markbildung von dem ersten Auftreten der Markscheiden bis zur rechtzeitigen Geburt, also die gesamten intrauterinen Differenzierungen, behandeln, der dritte Band die Markscheidenbildung von der rechtzeitigen Geburt bis zur makroskopischen Vollendung des Projektionssystems, also besonders die Ausbildung der



ssoziationssysteme in Rinde und Mark des Großhirns. Die eichnungen sind von A. Fiebiger. Bei der Herausabe des Werkes hat Privatdozent Dr. phil. et med. ichard Arwed Pfeifer mitgewirkt. —

Indem wir Flechsigs Forschung und Lehre von er Markreifung und deren Reihenfolge in den Grundügen als bekannt voraussetzen, sei hier nur auf einige ichtigere und neuere Ergebnisse eingegangen.

Der Urgrund für die sukzessive Ummarkung erschiedenartiger Systeme wie überhaupt für den zeitchen Ablauf der Markbildung ist gegeben in der Tatache, daß letztere einfach die Zeitfolge der ersten nlage der Fasern durch die Neuroblasten repeiert, mit wenigen im einzelnen leicht feststellbaren usnahmen verspäteter Markbildung, wovon die rsachen noch unbekannt sind.

Man kann mit einigen Einschränkungen (z. B. Kolteralen) etwa vier Monate nach rechtzeitiger Geburt en Markbildungsprozeß an den gröberen Faserzügen als bgeschlossen betrachten. Ungefähr vier Monate vor er normalen Geburt beginnt auch die Markbildung in en Großhirnlappen. In mindestens 16 Etappen erreicht er Prozeß die Stufe, welche die normale, rechtzeitig eborene Frucht kennzeichnet, und zwar in ganz charakristischer Weise. Flechsig unterscheidet demgeäß Primordial- (oder prämature) Gebiete, also Rindenbschnitte, die bereits vor der Geburt in die Markumüllung getreten sind, und postmature, die er in interediäre (Reifung in den ersten sechs Wochen nach der eburt) und in terminale (Reifung vom zweiten Lebensonat an) trennt.

Die Einzelheiten über den Prozeß der Markreifung üssen im Original an der Hand der Abbildungen und afeln nachgelesen werden.

Das von Flechsig aufgestellte Gesetz: in der inde entwickeln sich die motorischen Bahnen nach den nsiblen — gilt nach seinen neueren Untersuchungen für des myelogenetische Feld im einzelnen. Jedoch — als usnahme von dieser Regel — entwickelt sich die morische Pyramidenbahn vor der (sensiblen) Hör- und hstrahlung.

In den nach der Geburt reifenden Rindenfeldern ifen meist zuerst die Balkenfasern, in einigen kurze d lange Assoziationssysteme.

Alle primären Sinnessphären haben eine besondere uart in bezug auf Anordnung der Ganglienzellen und rvenfasern zu Schichten, sowie auch die Form der uronen derart, daß ein geübter Beobachter mit Sicherit Schnitte auf ihre Herkunft bestimmen kann. Dai besteht in der groben Anordnung eine gewisse nlichkeit zwischen einzelnen peripheren Sinnesorganen d ihren Rindenstellen. Der vielschichtigen Netzhaut tspricht die an Schichten reichste Rindenzone (Gebiet Vicq d'Azyrschen Streifens), der einschichtigen echschleimhaut die schichtenarme Riechsphäre.

Der — scheinbare — Widerspruch zum myelogenetien Grundgesetz, daß sich infolge der felderweisen twicklung der Leitungsbahnen (dem eigentlichen undprinzip der Entwicklung des kortikalen Fasersystems in zeitlicher Hinsicht) die Fasern keiner in der Zentralzone vertretenen Sinnesqualität in ihrer Gesamtheit gleichzeitig oder binnen eines kurzen Zeitraums ummarken, löst sich nach Flechsig vielleicht dahin, daß die verschiedenen Empfindungs- und Bewegungsnerven eines und desselben Körperteils phylogenetisch usw. enger zusammengehören als die Repräsentanten der gleichen Sensibilitätskategorie ein und desselben Qualitätenkreises an verschiedenen Körperteilen.

Auch hier muß hinsichtlich der Einzelheiten auf das Original verwiesen werden.

In einem besonderen Abschnitt beschäftigt sich Flechsig mit dem ganz besonders wichtigen Thema: Myelogenese und Pathologie und den sekundären Degenerationen. Es würde, meint er, schon einen großen Fortschritt bedeuten, wenn die Pathologen bei Untersuchung von Rindenzerstörung nach Umfang und Lage immer auf die myelogenetischen Felder Rücksicht nehmen würden (S. 41). Es sei vorläufig ganz unmöglich, auf Grund der sekundären Degenerationen die gesamte menschliche Großhirnrinde rationell einzuteilen; es sei eine Legende, wenn behauptet werde, durch die sekundären Degenerationen sei exakt erwiesen, daß die Großhirnrinde an allen Orten mit einem Stabkranz ausgestattet oder für jeden Sehhügelkern das zugehörige Rindenfeld exakt festgestellt sei (S. 40).

Über die Rückwirkung der Markreifung auf die äußere Form des Großhirns und auf die Lappen- und Furchenbildung, auch auf die Schädelform, werden einige interessante Hinweise gegeben. Frühe Furchen treten im allgemeinen nur da auf, wo frühreifende, also lebhaft wachsende Rindenfelder gelegen sind.

Auf die Vortrefflichkeit der Abbildungen auf den Tafeln braucht nicht besonders hingewiesen zu werden.

Es bleibt uns nur die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Flechsig dazu herzlich zu beglückwünschen, daß es ihm — er feierte im Mai das goldene Doktorjubiläum — vergönnt ist, in aller Frische und ohne daß die Zahl der Jahre ihm etwas anhaben kann, an seinem Lebenswerk weiterzuarbeiten. Möchten doch recht viele an diesem Werk sich beteiligen, das den reichsten Gewinn für die Hirnforschung und Seelenkunde verspricht Bresler.

— Klages, Dr. L.: Handschrift und Charakter. Gemeinverständlicher Abriß der graphologischen Technik. 254 S. Mit 137 Figuren und 21 Tabellen. Zweite, wesentlich erweiterte Auflage. Leipzig 1920, Verlag von Johann Ambrosius Barth. Geh. 28,00 M, geb. 34,00 M.

Die erste Auflage dieses Werkes eines der berufensten Vertreter der wissenschaftlichen Graphologie und eifrigsten und erfolgreichsten Forscher auf diesem Gebiete wurde auf S. 35 Jahrg. 1918-19 besprochen; was dort gesagt wurde, daß die Graphologie mehr eine Kunst sei als eine Wissenschaft, kann mit der Abwandlung wiederholt werden, daß sie sich immer mehr zur Wissenschaft ausbaut, und daran hat K. großen und verdienstvollen Anteil. Wir kennen ihn ja auch aus seinen früheren Schriften „Die Probleme der Graphologie" und



„Prinzipien der Charakterologie". Das vorliegende Buch enthält auch einen Anhang: „Aus der Charakterkunde."

K. bemerkt mit Recht im Vorwort: „Die meisten graphologischen Lehrbücher kranken daran, daß sie zur Veranschaulichung ausschließlich äußerste Fälle wählen, die freilich etwas Überredendes haben, den Lernenden aber alsbald im Stiche lassen, weil typische Charaktere selten sind. So haben wir denn mit Fleiß auch zahlreiche Durchschnittshandschriften herangezogen und insbesondere nicht Proben geringfügigen Umfangs vermieden, indem gerade diese den Betrachter zu schärfster Prüfung zwingen." Auch das trifft zu, was er S. 183 sagt: „Wenn zwei Ärzte ein und dieselbe Krankheit verschieden beurteilen und es sich hernach erweist, daß der eine Unrecht hatte, so zweifelt man vielleicht an dessen Tüchtigkeit, nicht aber deshalb auch schon an der medizinischen Wissenschaft; dahingegen, wenn ein Graphologe sich täuscht über den Charakter des Schrifturhebers, so ist man gewöhnlich geneigt, nicht sowohl ihn einen schlechten Vertreter seines Faches zu nennen, als vielmehr sein Fach herabzuwerten zur ‚Scheinwissenschaft'!" Dabei gibt er zu, daß unter sog. Graphologen im ganzen mehr halbgebildete Liebhaber sind als unter Heilkundigen, Juristen und Theologen.

Von der trefflichen und aussichtsvollen Art der Bearbeitung des Gegenstandes gibt die Überschrift einiger Kapitel ein annäherndes Bild: Regelmäßigkeit und Ebenmaß, Doppeldeutigkeit und Formniveau (Rhytmus und Takt), Augiebigkeit, Geschwindigkeit und Wucht, Weite, Neigungswinkel, Zugigkeit, Bindungsform und Verbundenheit (Arkade und Girlande), Reichhaltigkeit und Richtungscharakter, Anfangsbetonung, Überstreichung, Bewegungsverteilung, erworbene Handschrift, künstliche Schrift, Handschrift und Geschlecht usw.

Das Buch verdient auch in unseren Fachkeisen studiert zu werden und wird sicher manchen zur Teilnahme an diesen Forschungen anregen. Ich vermisse — wie auch in anderen Büchern über Graphologie — die Bearbeitung der Frage: Erblichkeit des Handschriftcharakters. Vielleicht bringt uns die nächste Auflage eine Antwort darauf. Bresler.

— Bergmann, Dr. W., Nervenarzt, Cleve am Niederrhein: Die Seelenleiden der Nervösen. Eine Studie zur ethischen Beurteilung und zur Behandlung kranker Seelen. 240 S. Freiburg i. Br. 1920, Herder & Co., Verlagsbuchhandlung. 9,00 M, geb. 11,50 M und Zuschläge.

B. hat, wie er im Vorwort sagt, versucht, die auf der Voraussetzung der modernen Lehre von den Psychoneurosen und psychopathischen Minderwertigkeiten und Psychopathien und auf den Ergebnissen der Experimentalpsychologie aufgebaute Methodik zunächst für die pastoral-medizinische Tätigkeit des Seelsorgers innerhalb und außerhalb des Beichtstuhles zu benutzen, dabei einem wiederholt geäußerten Wunsche von Theologen nachkommend. Aber auch bei Pädagogen, Juristen, und allen im Vorgesetztenverhältnis stehenden Personen, schließlich im gesellschaftlichen Leben und in der eigenen Familie und bei den Patienten selbst erhofft er Interesse für sein Buch. Nach allgemeinen Einleitungen werden (S. 70 bis zum Schluß) die „Obsessionen" behandelt (Zwang, Angst, Zweifel), die durch sie veranlaßten Störungen (Grübelsucht, Zwangsskrupel, Zwangsvorwürfe, Zwangshandeln, Zwanghemmungen), die ärztliche und die moralische Würdigung der Obsessionen, die pastorale und die ärztliche Behandlung obsessiver Zustände. B. betont, daß in allen schweren Fällen von Obsessionen die Hilfe eines gut orientierten Nervenarztes unbedingt nötig ist, eine Beratung des Beichtvaters mit dem behandelnden Arzt, ihre gegenseitige Verständigung, und gibt ersterem mancherlei nützliche Ratschläge (Anleitung zur völlig angstlosen Beichte, S. 205).

Dem Verfasser, dessen Buch: „Selbstbefreiung aus nervösen Leiden" ein Verdienst war, ist auch seine diesmalige Aufgabe trefflichst gelungen. Bresler.

— Verletzungen des Gehirns. Drei Teile. I. Teil: Gedeckte Hirnverletzungen. Hirnwunden. Fremdkörper des Gehirns. Redigiert von Prof. H. Küttner. Bearbeitet von Stabsarzt Dr. A. Dege, Stabsarzt Dr. Wrobel, Prof. Dr. H. Küttner, Geheimrat Prof. Dr. A. Borchard, Prof. Dr. A. Schüller. 627 S. Mit 111 Textabbildungen. Neue deutsche Chirurgie. Begründet von P. v. Bruns. Herausgegeben von H. Küttner in Breslau. 18. Bd. Preis für Abonnenten geh. 60,00 M, in Leinwand geb. 80,00 M. Einzelpreis geh. 72,00 M, in Leinwand geb. 92,00 M.

„Auch heute noch gehört das Gebiet der Gehirnverletzungen zu den rätselhaftesten und interessantesten der Chirurgie" sagt Dege in der Einleitung zu dem von ihm bearbeiteten Abschnitt: „Die gedeckten oder geschlossenen Hirnverletzungen." Dieser Tatsache wird der vorliegende Band der „Neuen deutschen Chirurgie" schon äußerlich gerecht durch seinen Umfang, der den der anderen Bände des Werkes und selbst den des 1914 erschienenen 11. und 12. Bandes: „Allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten" zum Teil um das Vielfache übertrifft. Denn es gehört dazu noch ein II. Teil: „Verletzungen der Gefäße der Nerven der Schädelhöhle", und ein III. Teil „Folgezustände der Gehirnverletzungen."

Über Inhalt und Güte dieses Buches zu sprechen, erübrigt sich bei der Autorität von Herausgeber und Mitarbeitern; auch haben Berufenere bereits ihre volle Anerkennung ausgesprochen. Doch dürfte durch Aufzählung der wichtigsten Kapitel auf die Reichhaltigkeit des Gebotenen hinzuweisen sein.

Dege behandelt die gedeckten oder geschlossenen Hirnverletzungen. Commotio, Compressio, Contusio cerebri traumatica. Dabei werden besonders eingehend erörtert: Der Mechanismus der Entstehung der Schädelbrüche, die pathologisch-anatomischen Befunde des Schädelinhalts nach Kopfverletzungen, allgemeine physiologische Pathologie der Hirnverletzungen, die zur Klärung der Hirnerschütterung unternommenen Versuche und die verschiedenen Theorien über das Wesen der Hirnerschütterung, Hirndruck, spezielle Symptomatologie der verschiedenen Hirnbezirke bei Hirndruck, Prognose, Diagnose und Behandlung der gedeckten

verletzungen. Es ist das jedenfalls das wichtigste schwierigste Gebiet der Hirnverletzungen und umdaher auch S. 1 bis 414.

Borchard behandelt die Schußwunden des Ges (S. 415 bis 520),

Wrobel die Hiebwunden des Gehirns (S. 521 540),

Küttner die Stichwunden des Gehirns (S. 541 572),

Schüller die Fremdkörper des Gehirns (S. 573 607).

Der Rest, S. 608 bis 626, enthält ein Literaturvernis.

Alles in allem ein ausgezeichnetes Werk, dem auf em Gebiet nichts Besseres an die Seite gestellt werkann. B.

— Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken. usgegeben von Prof. R. Finkelnburg in Bonn. beitet von Prof. Schultze, Finkelnburg, Stursberg, ar, Krause, Westphal, Hübner, Els, Fründ, Kuhnt, b, Hinselmann, Hoffmann. 3. vermehrte Auflage. Seiten. Bonn 1920, A. Marcus & E. Webers Verlag. 36,00 M, geb. 44,40 M.

Es gibt eine „Therapie an den Berliner Kliniken", „Therapie an den Wiener Kliniken", Formulae istrales Berolinenses und ähnliche Lokaltherapien. em Brauche nach ist auch die „Therapie an den ner Universitätskliniken" entstanden, wovon die e Auflage vorliegt, ein Beweis, daß solche Lokalapie bei vielen Ärzten Anklang findet. Die Behand- der Nerven- und Geisteskrankheiten hultze, Finkelnburg, Westphal, Hüb-) nimmt ungefähr 60 Seiten ein.

Sämtliche Kliniken sind vertreten.

Der Preis ist bei dem großen Umfang und dem vorzenden Gebrauch von Kleindruck angemessen.

— Ziehen, Prof. Dr. Th., Halle a. S.: Anatomie Zentralnervensystems. 2. Abteilung: Mikroskopische tomie des Gehirns. II. Teil. S. 339 bis 606. Mit Abbildungen im Text. Jena 1920, Gustav Fischer. 25,00 M.

Der erste Teil der Ziehenschen Mikroskopischen tomie des Gehirns war 1913 erschienen. Das Ganze t den Band IV: Anatomie des Zentralnervenems von Ziehen, und dieser ist wiederum ein Teil „Handbuchs der Anatomie des Menschen in acht len", herausgegeben von von Bardeleben und eführt von von Eggeling in Jena. Die Schlußrung der II. Abteilung (Mikroskopische Anatomie Gehirns), III. Kleinhirn, Bandtitel und Register für die bteilung sind in Vorbereitung.

Wie ungemein ausführlich und erschöpfend der Stoff ndelt wird, erhellt daraus, daß auf diesen 267 ten ausschließlich die Brücke beschriewird! Was übrigens aufs neue daran erinnert, daß das verhältnismäßig komplizierteste Organ des Nersystems und des Körpers überhaupt ist. Wer ein Buch dieses nicht studiert hat, ist kein wissenschaftlich ntierter Neurologe. Überall tritt Ziehens eigene gründliche und mühsame anatomische und mikroskopische Forschung zutage; es ist zu bewundern, daß er dazu neben seiner Haupttätigkeit als Philosoph und Psychologe noch Kraft und Zeit erübrigt. Bresler.

— Wetzel, Priv.-Doz. Dr. Albrecht, Heidelberg: Über Massenmörder. Ein Beitrag zu den persönlichen Verbrechensursachen und zu den Methoden ihrer Erforschung. 121 S. Mit einer Tafel im Text. Berlin 1920, J. Springer. 18,00 M.

Enthält (S. 63 bis 96) die Krankheitsgeschichte zweier geisteskranker Frauen, von denen eine ihre fünf Kinder und sich tötete, die andere ihre zwei Kinder tötete und sich die Pulsadern öffnete, und klinische und psychologische Erörterungen darüber. Im Anschluß daran kurze Notizen über 33 Fälle aus der Literatur (S. 99 bis 119). Von 119 „Massenmördern" waren 37 seelisch Gesunde einschließlich Fälle mit psychopathischen und intellektuellen Anomalien, 82 Geisteskranke (also 31 bzw. 69 v. H.). Unter jenen 37 Fällen war in 34 die Tat gegen Familienangehörige gerichtet, 19 mal gegen Kinder; in 26 Fällen war die Tötung von Selbsttötung gefolgt.

Wo das geringfügige Motiv in keinem rechten Verhältnis zur Tat steht, sind die intellektuellen und affektiven Anomalien besonders ausgesprochen.

Bei den geisteskranken „Massenmördern" überwogen: Dementia praecox 27 (22 männl., 5 weibl.), darunter viermal mit Selbstmord (männlich), und Epilepsie 20 (18 m., 2 w.), Selbstmord war nicht dabei. Es folgen: Unklare akute Psychosen 11 (10 m., 1 w.), einmal mit Selbstmord (männlich). Unklare chronische Psychosen 9 (4 m., 5 w.), viermal mit Selbstmord, drei männlich, einer weiblich. Alkoholpsychosen 7 (7 m., — w.), zweimal mit Selbstmord. Reaktion bzw. endogene Depression 4 (2 m., 2 w.), alle vier mit Selbstmord. Paranoia 2 (2 m., — w.), einmal mit Selbstmord. Moral insanity 1 w. Senile Demenz 1 m.

Allgemeine kriminalpsychologische und -statistische sowie forensischpsychiatrische Bemerkungen leiten die Studie ein (S. 1 bis 63); sie betreffen das Verhältnis der statistischen zur psychologischen „Verursachungsforschung".

Sie verdienen — ebenso wie natürlich die ganze sehr gründliche Arbeit — eingehend studiert und beachtet zu werden.

— Bohn, Dr. med. W., Nervenarzt in Dölau, Bez. Halle a. S.: Die Selbstheilung der kranken Seele durch Erkenntnis und Vertiefung. Ein Buch für Nervöse und Gemütskranke. 116 S. Leipzig 1920, Verlag von Max Altmann. 5,25 M.

„Den Gegensatz zur Gemütsverfassung der Unruhigen und Nervösen bildet die abgeklärte, ruhige Heiterkeit jener Männer und Frauen aus allen Ländern und Zeiten, die uns als die wahrhaft Glücklichen im Geiste, die Heiligen geschildert werden. Fest, unerschütterlich, gleichmütig und sonnig, so stehen diese geistigen und geistlichen Führer der Menschheit am Ende langer Seelenkämpfe und Konflikte vor uns. Welchen Weg sind sie gegangen, können ihn andere auch gehen? Ist ihr



geistiger Aufstieg lediglich Gnadenerscheinung oder ist die Methode auch lehrbar? Das war die Frage, die ich beantworten wollte." Ich glaube, es ist dem Verfasser vortrefflich gelungen. Besonders, was er aus Schriften und Aussprüchen großer Geister und glücklicher Seelen über den Wert der Einsamkeit in zweckmäßiger Auswahl mitteilt, ist für viele Nervöse recht heilsam. „Die Fähigkeit, einsam zu sein, bedeutet den ersten Schritt zur Selbstfindung" (S. 65). Schopenhauer sagt: Was einer für sich selbst ist, was ihn in der Einsamkeit begleitet, was keiner ihm nehmen kann, ist offenbar für ihn wesentlicher als alles, was er besitzen oder auch, was er in den Augen anderer sein mag. Nur wenn man allein ist, ist man frei. Vieles ist den Lehren und Übungen der Buddhisten entnommen, so auch die Methode des „bewußten Atmens" (S. 76). Der Unterschied zwischen dem Buddhismus und der Mystik eines Ekkehard u. a. wird dargetan (S. 90, 91).

Das Buch wird sicherlich manchem Nervenkranken Nutzen bringen, aber auch manchem Arzte Fingerzeige geben, wie er gewisse Kranke seelisch leiten soll.

Therapeutisches.

— **Methylenblausilber (Argochrom) als Antigonorrhoikum beim Weibe.** Von Dr. Hans Bab, Ass. d. II. gynäkol. Univ.-Klinik, München. Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 22.

Der Allgemeineindruck der Argochromanwendung in bis jetzt acht Fällen ist günstig. In drei etwas länger behandelten und einem kurz behandelten Fall sind die vorher sicher und reichlich nachweisbaren Gonokokken aus den Abstrichen geschwunden, bei einem Fall selbst nach siebenfacher Provokation, in zwei anderen nach sechs- bzw. zweifacher. Bei geeigneter Beschaffung der Kubitalvenen wird die lokale Behandlung mit der intravenösen kombiniert. Jeden vierten bis fünften Tag langsame Injektion von 5 ccm einprozentiger erwärmter Argochromlösung. Dem Collargol gegenüber hat das Argochrom den Vorzug, daß beim zufälligen Durchstechen des Gefäßes und Einspritzen ins Nachbargewebe erheblich geringere, weniger schmerzhafte Infiltration auftritt. Innerlich wird Methylenblausilber in Gelodurat-kapseln, vier Stück täglich, gegeben, ferner tägliche Lokalbehandlung in Gestalt urethraler Instillation mit zweiprozentiger Argochromlösung, sowie gründlichen Auswischungen der Zervix mit Playfairsonde, die mit Argochrom getränkter Gaze umwickelt ist, und Liegenlassen des Gazestreifens in der Zervix; endlich Einlage eines mit Argochrom getränkten Vaginaltampons für einen Tag. Zum Schutz gegen Abfließen der blauen Flüssigkeit Vorlegen von zwei trocknen Tampons. Die Blaufärbung des Gewebes ist trotz Spülungen auch nach zwei bis drei Tagen noch deutlich. Lokale Schädigungen, Verätzungen u. dgl. auch Urinbeschwerden wurden nicht beobachtet. Zur Unterstützung wurden nebenbei heiße Chlorzinkspülungen und Heißluftapplikation herangezogen.

— **Septische Endokarditis.** Von Privatdozent Dr. Erich Leschke, Berlin. Reichs-Medizinal-Kalender 1919 Nr. 18 bis 20.

Bei septischer Endokarditis leistet die Silberbehandlung Gutes. Unter den Präparaten Collargol, Elektrocollargol, Fulmargin, Dispargen, Argochrom (Methylenblausilber) zeigte das letztere im vergleichenden Reagenzglasversuch die stärkste keimtötende Kraft gegen Strepto- und Staphylokokken. Die Behandlung mit Argochrom scheint am meisten Aussicht zu haben. Bei Erwachsenen werden mindestens eine Woche lang täglich 20 ccm einprozentiger Lösung intravenös eingespritzt; tritt dann kein Erfolg ein, so dürfte die weitere Verabreichung zwecklos sein. Bei Gonokokkenendokarditis hat sich auch die intravenöse Injektion von kolloidalem Silber (Dispargen) bewährt. Während Schüttelfröste nach Argochrom nur höchst selten auftreten, sieht man sie nach Injektionen kolloidalen Silbers häufig. Bei der intravenösen Injektion der dunklen undurchsichtigen Flüssigkeiten stößt man zweckmäßig zunächst die Kanüle in die Vene ein und setzt erst nach Abzapfen von Blut die Spritze zur Injektion auf, weil man das Einschießen des Blutes in die dunkle Flüssigkeit nicht sehen kann.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



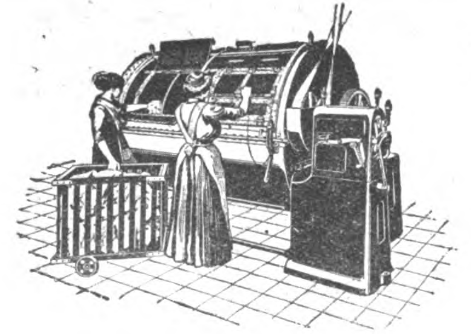
Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 47/48. 1920/21.

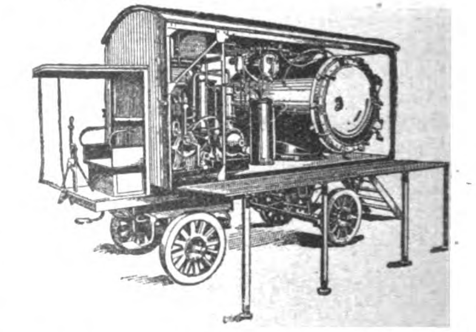
Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



J. Steigerwald u. Comp. Heilbronn a. N.
Natürliche Fruchtsäfte mit Zucker eingekocht
Für die Limonadenfabrikation:
Essenzen — Grundstoffe — Sirupe
aller Geschmacksrichtungen.
Grundstoffe für alkoholfreie Heißgetränke
mit punschähnlichem Geschmack.
Nur erstklassige, preiswerte, überall bewährte Erzeugnisse.
Man verlange ein Angebot Nr. 20.
FABRIK-
MARKE
JSCO





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 47/84. 26. Februar **1920/21.**

Bezugspreis: M 7,50 für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

[Inh]alt:

[D]ie Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus.

Von Prof. **Wagner-Jauregg**, Wien.

[W]ährend des Krieges und in der Nachkriegszeit haben sich in der Krankenbewegung der [deu]tsch-österreichischen Irrenanstalten Veränderungen gezeigt, die in mehr als einer Richtung bemerkenswert sind.

[D]er Krankenstand der d.-ö. Irrenanstalten betrug 11 556 Irre am 1. Januar 1914. Er hat [sich], wie aus der Tabelle I ersichtlich ist, mit einer

Jahr	männlich	weiblich	zusammen
1913	5720	5479	11199
1914	5895	5661	11556
1915	5880	5757	11637
1916	5756	5826	11582
1917	5799	5755	11554
1918	4199	4594	8793
1919	3071	3610	6681
1920	2925	3440	6365

I. Krankenstand der d.-ö. Irrenanstalten am Beginne der Jahre.

kleinen Schwankung nach aufwärts bis zum Anfange des Jahres 1917 auf gleicher Höhe gehalten; von da ab ist er rasch abgesunken, so daß er nach dem Ende des Krieges am 1. Januar 1919 nur mehr 6681 betrug, und dieses Absinken hat sich im Jahre 1919 noch fortgesetzt, so daß sich der Gesamtstand noch um etwa 300 verringerte.

Die Zahl der Zuwächse ist dagegen in den ersten drei Kriegsjahren bedeutend gestiegen, wie Tabelle II zeigt, von 5685 im letzten Friedensjahre auf 7301 im Jahre 1916.

Jahr	männlich	weiblich	zusammen
1913	3120	2565	5685
1914	3266	2508	5774
1915	3747	2701	6448
1916	4399	2962	7361
1917	3567	2350	5917
1918	2552	2086	4638
1919	2086	2263	4349

Tab. II. Zuwächse in den d.-ö. Irrenanstalten.

In den letzten Kriegsjahren ist die Zahl der Zuwächse abgesunken, und zwar im Jahre 1918 weit unter die Zahl des letzten Friedensjahres, ein Absinken, das sich im Jahre 1919 noch fortsetzte.

Die Ursachen für diese Schwankungen sind mehrfache, und zwar bei den Männern und Frauen nicht vollkommen übereinstimmende.

Durch die Mobilisierung und die fortgesetzten Musterungen wurde die Zahl der männlichen einheimischen Bevölkerung sehr erheblich vermindert, so daß also aus diesem Teile der Bevölkerung den Anstalten immer weniger Kranke zufließen konnten.

Dieser Ausfall an Zuwächsen wurde im Laufe der Kriegsjahre, als die Zahl der einheimischen männlichen Bevölkerung durch die fortwährenden Musterungen sich fortschreitend verringerte immer größer.

Er wurde aber in den ersten Kriegsjahren weitaus wett gemacht dadurch, daß aus den zahlreichen militärischen Sanitätsanstalten Wiens, deren Belag zum Schlusse etwa 100 000 betrug, eine große Anzahl von geisteskranken Soldaten der Irrenanstalt Steinhof und mittelbar auch den anderen nieder-österreichischen Irrenanstalten zuströmte. (In den d.-ö. Irrenanstalten außerhalb Niederösterreichs war während des ganzen Krieges und auch nachher ein Steigen der Zuwächse nicht zu bemerken.) So stieg also die Zahl der männlichen Zuwächse von der Zahl 3120 im Jahre 1913 auf 4399 im Jahre 1916. Eine nennenswerte Steigerung des Krankenstandes kam dadurch doch nicht zustande, da diese militärischen Zuwächse wieder ziemlich rasch in ihre heimatlichen Irrenanstalten abgegeben wurden.

In den letzten beiden Kriegsjahren sank die Zahl der männlichen Zuwächse doch ziemlich rasch, von 4399 im Jahr 1916 auf 3567 resp. 2552 in den Jahren 1917 und 1918.

Die Ursache dieses Sinkens war eine dreifache. Außer der Abnahme der einheimischen männlichen Bevölkerung wirkte mit die Abnahme der Alkoholpsychosen; doch spielte dieses Moment keine sehr große Rolle; denn die Aufnahmen von männlichen Alkoholpsychosen waren von 475 im Jahre 1913 auf 124 im Jahre 1917 und 147 im Jahre 1918 heruntergegangen; also ein Ausfall von 351 resp. 328.

Es machte sich aber noch ein anderer Umstand geltend, der in reiner Form nur zum Ausdruck kam bei den weiblichen Zuwächsen.

Die Zahl derselben hatte in den ersten Kriegsjahren ebenfalls zugenommen, aber bei weitem nicht in solchem Maße, wie die der Männer. Sie war von 2505 im Jahre 1913 gestiegen auf 2962 im Jahre 1916. Die weibliche Bevölkerung hatte aber im Kriege nicht abgenommen, sie hatte vielmehr, besonders in Wien und seiner Umgebung in den ersten Kriegsjahren eine nennenswerte Vermehrung erfahren durch die große Anzahl von Flüchtlingen, die in den ersten Kriegsjahren aus den nordöstlichen Teilen des Reiches gekommen waren und die auch später, als ihre Heimat zum großen Teile wieder vom Feinde befreit war, vielfach noch längere Zeit nicht in ihre Heimat zurückkehrten, teils weil ihre Heimatsorte zerstört waren, teils aus anderen Gründen.

Aus dieser Flüchtlingsbevölkerung floß nun den d.-ö. Irrenanstalten, und zwar wieder fast ausschließlich der Irrenanstalt Steinhof und den n.-ö. Irrenanstalten, ein Plus an Zuwächsen zu, das die Zunahme der weiblichen Zuwächse in den Jahren 1914 bis 1917 zum großen Teile zu erklären imstande ist.

Einen verhältnismäßig geringen Beitrag zur Zunahme der weiblichen, übrigens auch der männlichen Zuwächse lieferte die Notwendigkeit, einige in der Kriegszone gelegene Irrenanstalten von geringerem Belagraum (Görz und Pergine) zu evakuieren und ihre Insassen auf andere Irrenanstalten zu verteilen.

Sobald aber die geschilderten Verhältnisse aufgehört hatten, wirksam zu sein, stellte sich heraus, daß die Zahl der weiblichen Zuwächse erheblich unter die Friedensziffer herunterging, auf 2350 resp. 2086 in den Jahren 1917 und 1918 gegen 2505 im Jahre 1913.

Am auffallendsten war dieser Rückgang der Zuwächse an der Irrenanstalt Steinhof, wo sich die Zahlen 1162 und 947 für die Jahre 1917 und 1918 ergaben, gegenüber der Zahl 1269 im Jahre 1913.

Daß die Abnahme der Alkoholpsychosen nicht imstande ist, diesen Rückgang der Zuwächse zu erklären, wenn man beachtet, daß ihre Zahl im Friedensjahre 1913 bei den Frauen nur 100 ausmachte, und in den Jahren 1917 und 1918 auf je 31 herunterging.

Dieses Zurückgehen der Zahl der Zuwächse ist um so auffallender, als es der Erwartung gar nicht entspricht. Denn a priori wäre wohl zu erwarten gewesen, daß Krieg, nationales Unglück, Not und

'euerung die Zahl der Psychosen steigern wür-
'en, während tatsächlich das Gegenteil geschehen
st.

Bei den Männern ist die Abnahme er Zuwächse noch stärker gewe- en als bei den Frauen; sie sank im Jahre 918 auf 2552 gegenüber 3120 im Jahre 1913; und ie sank auch im Jahre 1919 noch weiter, auf 2086, ährend sie bei den Frauen in diesem Jahre schon ieder anstieg, auf 2263, gegenüber 2086 im Jahre 918. Aber bei den Männern sind die Einflüsse, nter denen die Aufnahmen in die Irrenanstalt stan- en, wie bereits dargelegt, viel zu kompliziert, so aß man nicht mit Bestimmtheit entscheiden kann, elchen Anteil die Abnahme der Bevölkerung, die bnahme der Alkoholpsychosen und eine etwaige eringere Erkrankungshäufigkeit an dem Zurück- ehen der Zuwächse haben. Sicher war diese ückläufige Bewegung der Aufnahmeziffern Ende 919 bei den Männern noch nicht zum Stillstand ge- ommen.

Die starke Abnahme, welche der Krankenstand er d.-ö. Irrenanstalten seit dem Beginne des Jah- es 1918 zeigt, kommt aber nur zum geringen Teile uf Rechnung der Verminderung der Zuwächse. enn er ist numerisch viel zu groß, als daß er urch dieses Moment allein zu erklären wäre.
Die richtige Erklärung finden wir, wenn wir e Zahlen der Abgänge betrachten.

Jahr	männlich	weiblich	zusammen
1913	2945	2383	5328
1914	3281	2412	5693
1915	3871	2632	6503
1916	4336	3033	7369
1917	5167	3511	8678
1918	3680	3070	6750
1919	2367	2233	4000

Tab. III. Abgänge aus den d.-ö. Irrenanstalten.

Die Zahl der Abgänge ist seit dem ersten Kriegs- re rasch gestiegen, beträchtlicher bei den Män- rn, aus dem schon früher erwähnten Grunde, eil die geisteskranken Soldaten immer wieder sch in die heimatlichen Irrenanstalten abgescho- n wurden. Diese Art der Abgänge hatte aber inen Einfluß auf den Krankenstand; es war eben r der gesteigerte Abfluß entsprechend einem ge- igerten Zufluß.

Wodurch aber der Krankenstand r Irrenanstalten so empfindlich verringert wurde, ersieht man aus Tabelle IV.

Jahr	männlich	weiblich	zusammen
1913	879	639	1518
1914	938	709	1647
1915	1373	963	2336
1916	1609	1215	2824
1917	2692	1972	4664
1918	1775	1695	3470
1919	878	915	1793

Tab. IV. Zahl der Todesfälle in den d.-ö. Irrenanstalten

Die Zahl der Todesfälle nahm also schon vom ersten Kriegsjahre an zu, und im Jahre 1915 begann jenes fürchterliche Ster- ben in den Irrenanstalten, das im Jahre 1917 den Höhepunkt erreichte, indem die Zahl der Todesfälle das Dreifache der Zahl im letzten Frie- densjahre erreichte. Und auch jetzt ist dieses Ster- ben noch nicht beendet, denn die absolute Zahl der Todesfälle ist noch immer höher als im letzten Friedensjahre, bei fast auf die Hälfte herabgesun- kenen Verpflegsstande.

Die Sterblichkeit hat, wenn wir dieselbe pro- zentisch nach dem Verpflegsstande (Bestand am Beginne des Jahres und Aufnahmen) berechnen, im Jahre 1913 betragen 8,98 v. H.; sie ist bis zum Jahre 1917 gestiegen auf 26,69 v. H., und betrug auch im Jahre 1919 noch 16,25 v. H., also fast das Doppelte der Friedensziffer.

Es war der Nahrungsmangel, der Hunger, dem die Geisteskranken offenbar noch weniger als die übrige Bevölkerung widerstehen konnten, und der teils indirekt, auf dem Umwege über die Tuberku- lose, teils direkt, durch Marasmus, zum Tode führte.

Diesen Sieg hatte die Entente durch ihre Aus- hungerungspolitik bereits im Jahre 1917 ganz un- bestritten errungen.

Unter den Zuwächsen hat die Zahl der Alkoholpsychosen in den d.-ö. Irrenan- stalten wie auch anderwärts bedeutend abge- nommen. Die absoluten Zahlen sind aus Tabelle V zu entnehmen.

Aus der Tabelle entnehmen wir, daß die Zahl der Alkoholpsychosen von 575 im Jahre 1913 nach einer geringfügigen Steigerung im Jahre 1914 ab- gesunken ist, erst langsam in den Jahren 1915 und 1916, dann rascher in den Jahren 1917 und 1918,

Jahr	männlich	weiblich	zusammen
1913	475	100	575
1914	493	93	586
1915	345	82	427
1916	238	88	326
1917	124	37	161
1918	147	37	184
1919	105	21	126

Tab. V. Aufnahmen von Alkoholpsychosen in den d.-ö. Irrenanstalten.

um im Friedensjahre 1919 ihren Tiefstand zu erreichen.

Prozentische Berechnungen haben keinen Wert, da sich die Basis, nämlich das sonstige Material der Irrenanstalten, wie sich aus dem Vorangehenden ergibt, fortwährend in einschneidender Weise geändert hat.

Die in den Irrenanstalten erhobenen Zahlen geben aber überhaupt kein richtiges Bild von der Frequenz der alkoholischen Geistesstörungen; denn in die Irrenanstalt gelangen doch nur die schweren und länger dauernden Alkoholpsychosen.

(Schluß folgt.)

Aus der Lippischen Staats-Irren-Anstalt Lindenhaus bei Lemgo.
(Direktor: Geh. Reg.-Rat Medizinalrat Dr. Alter.)

Der Achtstundentag in der Kranken-, insbesondere in der Irrenpflege.

Von Dr. **Erich Friedlaender.**

Seitdem in Durchführung des Reichsgesetzes über die achtstündige Arbeitszeit der Achtstundentag auch für das Pflegepersonal der Kranken- und Irrenanstalten zur Einführung gelangt ist, hat sich eine nicht unbeträchtliche Literatur über die mit dieser Neueinführung gemachten Erfahrungen gebildet.

In diesen Auslassungen wird der Achtstundentag des Krankenpflegepersonals fast einhellig in seinen Folgen als höchst verderblich geschildert und abgelehnt: mir schienen von vornherein alle für diese schlechten Erfahrungen angeführten Gründe nicht recht stichhaltig zu sein, bestärkt wurde ich aber in diesem Mißtrauen noch durch die Tatsache, daß an unserer Anstalt der Achtstundentag nunmehr seit bald zwei Jahren eingeführt ist, ohne daß bisher eine von den uns prophezeiten unheilvollen Folgen eingetreten ist.

Es gibt zwei verschiedene Wege, den Achtstundentag in der Krankenpflege zur Durchführung zu bringen:

1. Man läßt das Personal sich innerhalb 24 Stunden in drei Schichten ablösen, so daß die erste Schicht etwa von 6 bis 2, die zweite von 2 bis 10 und die dritte (als Nachtschicht) von 10 bis 6 Uhr Dienst tut, oder aber es wird die bisherige durchlaufende Dienstzeit mit nur zweischichtigem Wechsel innerhalb 24 Stunden beibehalten und die so geleistete Mehrarbeit durch ein häufigeres Einschalten von dienstfreien Tagen ausgeglichen.

Beide Systeme haben ihre Vorzüge und ihre Nachteile. In Lindenhaus ist nach reiflichen Überlegungen dem zweiten System der Vorzug gegeben worden: der Dienst ist seit fast zwei Jahren so geregelt, daß Tag- und Nachtdienst zwölf Stunden, von 7 bis 7 Uhr, dauern, so daß nur zwei Schichten erforderlich sind; jede Pflegeperson hat dafür jeden vierten Tag dienstfrei.

Das praktische Ergebnis dieser Neuregelung des Dienstes läßt sich in wenigen Worten berichten: es war wohl in der ersten Zeit ungewohnt und auffallend, häufiger auf der gleichen Station unter dem Personal neuen Gesichtern zu begegnen, es kam wohl auch — besonders in der ersten Zeit, später nicht mehr! — häufiger vor, daß eine Pflegeperson über einen Kranken nicht so gut berichten konnte, wie das früher der Fall gewesen ist, „weil sie am Tage vorher gerade frei gehabt habe“, oder daß eine Verordnung nicht so prompt und gewissenhaft beim Schichtwechsel weitergegeben wurde, wie das wünschenswert gewesen wäre: das waren aber nur kleine Unzuträglichkeiten, die sich überdies auf die Übergangszeit beschränkten und wieder verschwunden sind, nachdem das Personal sich selbst erst an die Neuordnung des Dienstes und den häufigeren Wechsel im Stationsdienst gewöhnt hatte und nachdem es mehrfach auf die erhöhte Verantwortlichkeit bei der Übergabe des Dienstes an Stellvertreter hingewiesen worden war.

Größere Schwierigkeiten und Reibungen, wie sie von anderen Stellen berichtet worden sind, z. B. erhöhte Zahl von Entweichungen, nächtliche Unruhe und Störungen auf den Abteilungen u. a., sind bei uns überhaupt nicht beobachtet worden

las scheint mir ein Beweis dafür zu sein, daß die n anderen Anstalten beobachteten Unzuträglich-:eiten nicht dem System als solchem zur Last ge-egt werden dürfen, sondern daß dort der Fehler an ler Art und Weise liegt, in der es durchgeführt vird! Wenn aus einer Anstalt berichtet wird, daß lauernd die größten Unregelmäßigkeiten im Dienst orkommen, daß Diebstähle an der Tagesordnung ind, die Pflegepersonen die Nachtruhe auf den Ab-eilungen in der rücksichtslosesten Weise stören und hnliches mehr, so darf das m. E. keineswegs dem ıchtstundentag zur Last gelegt werden: es beweist ielmehr, daß die Anstaltsleitung bei der Auswahl es Personals keine glückliche Hand hat, daß der irektor und die Ärzte es nicht verstanden haben, ıre Leute in der richtigen Weise für die Kranken-flege zu erziehen und zu interessieren und daß vor llem die unerläßliche persönliche Fühlungnahme nd das richtige Handinhandarbeiten zwischen Di-ektor und Ärzten einerseits und dem Personal an-ererseits bedenklich im argen ließen muß.

In Lindenhaus ist auf spontane Anregung des irektors Dr. Alter hin bereits im November 918 ein Betriebsausschuß des Personals gewählt vorden, der bereits zu sehr weitgehender Mitarbeit erangezogen wurde, ehe an den regierenden Stel-en noch irgend jemand an ein Betriebsrätegesetz edacht hatte. Unser Personal ist in diesem Sinne ann auch weiterhin zur Mitwirkung erzogen und ur Mitarbeit interessiert worden: es ist selbstver-tändlich, daß sich auf diese Weise ganz andere eistungen erzielen lassen, wie wenn das Personal auernd mit dem Bewußtsein arbeitet, daß die von er Gesetzgebung ihm gewährten sozialen Vor-eile, wie Achtstundentag und Mitbestimmungsrecht n Betriebsrat, von den unmittelbaren Vorgesetz-en nur höchst widerwillig und lediglich unter dem ruck des Gesetzes zugestanden werden.

Aber auch die theoretischen Gründe, die von den erschiedenen Seiten gegen den Achtstundentag es Pflegepersonals ins Feld geführt werden und e wohl den hauptsächlichsten Anlaß zu den inne-en Widerständen bilden, mit denen so viele An-altsleiter und Ärzte anscheinend in dieser Frage ı kämpfen haben, sind wenig beweiskräftig.

Zunächst wird in betriebstechnischer Hinsicht nmer wieder darauf hingewiesen, daß der Dienst nter einem Dreischichtenwechsel, wie unter den äufigen dienstfreien Tagen bedenklich leide: ich abe bereits eingangs ausgeführt, daß diese Un-gelmäßigkeiten, wo sie etwa vorkommen sollten, eineswegs dem Achtstundentag zur Last gelegt erden können. Es darf natürlich nicht verkannt werden, daß ganz im allgemeinen die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsfreudigkeit unseres niedergebrochenen Volkes stark gelitten hat: es ist aber eine ganz verkehrte Politik, sie durch Gewaltmaßregeln und durch vorrevolutionäre Strammheit wieder heben zu wollen. Durch ein solches Verfahren wird eher das Gegenteil erreicht und die Kluft zwischen Kopf- und Handarbeitern nur vertieft, statt überbrückt! Daß sich durch ein verständnisvolles Entgegenkommen aller in Betracht kommenden Stellen und durch belehrende Aufklärung ganz andere Erfolge erzielen lassen, beweist das Beispiel unserer Anstalt.

Weiter wird behauptet, daß die Kranken unter dem häufigen Wechsel des Personals litten, weil die einzelnen Pflegepersonen jetzt ihren Kranken fremder gegenüberstehen und an ihren persönlichen Interessen nicht mehr so lebhaft teilnehmen. Ich stehe nicht an, das für einen Vorteil, aber nicht für einen Schaden zu halten. Es ist schon bei körperlich Kranken nicht unbedenklich, wenn sich ein zu intimes Verhältnis zwischen Kranken und Pflegern herausbildet, besonders wenn es sich um verschiedene Geschlechter handelt, und der Krieg hat uns auch in dieser Beziehung zahlreiche trübe Erfahrungen beschert: viel erheblicher sind aber diese Bedenken noch in der Irrenpflege. Jeder Irrenarzt muß immer wieder die Erfahrung machen, daß oft auch intelligente und erfahrene Pflegepersonen von der Geisteskrankheit vieler Anstaltsinsassen nicht überzeugt sind und daß ihnen infolgedessen die Urteilsfähigkeit für einen großen Teil der notwendigen Maßnahmen fehlt, die sie bestenfalls nur in disziplinierter und pflichttreuer Weise zur Ausführung bringen. Wenn man diese Sachlage gebührend berücksichtigt, so ist es nur als erwünscht anzusehen, daß zwischen Pflegern und Kranken kein zu enges persönliches Verhältnis entsteht, da es anderenfalls erfahrungsgemäß besonnenen oder gerissenen Kranken immer wieder gelingt, eine sonst pflichttreue Pflegeperson in einer schwachen Stunde zu einer Verletzung ihrer Pflichten zu verleiten.

Die häufige Erwähnung eines möglichst nahen persönlichen Verhältnisses von Pflegern zum Kranken beruht m. E. auf einer der wirklichen Sachlage keineswegs gerecht werdenden und ganz falsch angebrachten Sentimentalität: selbstverständlich verlangt die Krankenpflege von allen aktiv an ihr Beteiligten selbstlose Hingabe und möglichste Hintenansetzung aller persönlichen Interessen während des Dienstes — das ist aber nicht gleichbedeutend mit allzu persönlicher Intimität zwischen Pflegern und Kranken. Ich glaube im



Gegenteil, daß eine Pflegeperson, die ihren Dienst frisch und ausgeruht versieht, ihren Kranken viel mehr sein kann und in der ganzen Pflege überhaupt Ersprießlicheres leistet, als eine durch zu lange Arbeitszeit ermüdete Umgebung.

Es heißt den Wert der Krankenpflege völlig verkennen und unnötig herabsetzen, wenn immer wieder betont wird, daß die meisten Arbeitsstunden in der Krankenpflege, ähnlich wie bei Hausangestellten, doch nur durch „Dienstbereitschaft" ausgefüllt seien: ich empfehle den Kollegen, die das hervorheben, einmal eine wissenschaftliche Arbeit zu machen, die sie zwingt, stundenlang auf einer Wachabteilung zu verweilen — sie werden dann höchstwahrscheinlich die Ansprüche, die der dauernde Aufenthalt auf einer Irrenabteilung stellt, etwas höher einschätzen lernen.

Es bleiben noch zwei weitere Mißstände zu erwähnen, die mehrfach als angebliche Folgen des Achtstundentages angeführt werden. Es wird einmal darauf hingewiesen, daß es vorkommen könne, daß eine Pflegeperson bei eintretendem Schichtwechsel auf ihrem Schein bestehe und plötzlich während eines Eingriffes, bei dem noch ihre Anwesenheit erforderlich ist, den Dienst niederlege.

An unserer Anstalt haben wir eine derartige Erfahrung noch nicht gemacht. Ich habe selbst häufig, wenn auch nie ohne besonderen Anlaß, Pflegepersonen außerhalb ihrer Schichten zu vorübergehenden Hilfeleistungen herangezogen, ohne jemals den geringsten Widerspruch zu erfahren. Ein solcher Widerstand ist auch gar nicht zu erwarten, wenn das Personal, wie das oben ausgeführt worden ist, in verständnisvoller Weise zur Mitarbeit herangezogen wird, steht es aber der Leitung und den Ärzten von vornherein in einer Oppositionsstellung gegenüber, dann ist es allerdings nicht verwunderlich, daß es für den Betrieb nicht das erforderliche Verständnis zeigt und auf dem Buchstaben des Gesetzes besteht.

Es wird dann weiter darauf hingewiesen, daß besonders die Diakonissinnen ihre Tätigkeit rein ideal vom charitativen Standpunkt aus auffassen und gern freiwillig länger arbeiten.

Auch bei uns haben sich — besonders anfangs — wiederholt Pflegerinnen freiwillig zu einer längeren Dienstleistung erboten, und nur jeden siebenten Tag als dienstfrei erbeten, anstatt jeden vierten Tag. Gegen einen solchen f r e i w i l l i g e n Dienst bestehen m. E. nicht die geringsten Bedenken: wer a u s f r e i e n S t ü c k e n eine Mehrarbeit leistet, wird aller Voraussicht nach auch qualitativ verhältnismäßig hochwertige Dienstleistungen darbieten, die mit Freuden zu begrüßen sind — man soll und darf aber nur niemand gegen seinen Willen und entgegen den gesetzlichen Bestimmungen zu einer längeren Arbeitszeit zwingen, weil dadurch, wie die Verhältnisse nun einmal liegen, in die weitesten Kreise der Arbeitnehmer neue Unruhe getragen und ihre Arbeitsfreudigkeit geschädigt, also das Gegenteil von dem erreicht wird, was bezweckt werden soll. Aus diesem Grunde haben wir auch bei uns die Neigung zu solcher freiwilligen Mehrarbeit nicht gefördert: sie kann aus solchen Zusammenhängen für Betrieb und Angestellte ein Danaergeschenk werden — und sie ist schließlich auch aus ethischen Erwägungen nicht zu halten: Wer Carität leisten soll, kann Carität beanspruchen — und Carität gegenüber dem Arbeitnehmer kann nur in Besserung seiner Arbeitsbedingungen geltend werden. Die Arbeitsverhältnisse der Diakonissinnen lassen diese wechselseitige Carität durchaus vermissen und sind nicht vorbildlich, sondern eine von dem Mantel christlicher Nächstenliebe nur sehr unzulänglich gedeckte Ausbeutung menschlicher Arbeitskraft.

Es bleibt noch ein Punkt zu erörtern, der in den verschiedenen Artikeln am wenigsten hervorgehoben wird, den ich aber für den wesentlichsten halte: das sind die rein geldlichen Folgen des Achtstundentages. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Neuregelung der Dienstzeit nicht unerhebliche Mehrkosten erfordert, die von der steuerlich schon stark belasteten Volksgesamtheit getragen werden müssen. Es muß zugegeben werden, daß dies eine unerwünschte Beigabe einer im übrigen m. E. mit Unrecht befehdeten Einrichtung ist. Es muß aber berücksichtigt werden, daß der Achtstundentag für alle Arbeitnehmer in staatlichen und privaten Betrieben durchgeführt ist: im Rahmen dieser großen Masse der gesamten Arbeitnehmerschaft stellt das Krankenpflegepersonal zahlenmäßig nur ein sehr bescheidenes Grüppchen dar; Ersparnisse, die allein an ihm gemacht werden würden, könnten für unsere Volkswirtschaft keine auch nur nennenswerte Entlastung bedeuten. Was allen übrigen Arbeitnehmern recht ist, muß daher auch für das Krankenpflegepersonal billig sein, und wir Ärzte haben am wenigsten Anlaß, die Mehrkosten aus dem Achtstundentag in der Krankenpflege in den Vordergrund zu rücken: denn uns soll und muß vor allem angelegen sein und bleiben, den Beruf der Krankenpflege in sozialer und wirtschaftlicher Beziehung zu heben, weil wir nur dadurch die Leistungen der Krankenpflege hochhalten und steigern können. Schon aus diesem Grunde ist eine Kritik der ge-



...enen Tatsachen und der unvermeidlichen sozialen ...ntwicklung verfehlt: wir nützen unserer Sache ...eit besser, wenn wir in verständnisvoller Weise ...iese Entwicklung zu fördern und in die richtigen Bahnen zu lenken suchen, als wenn wir in einer fruchtlosen und in ihren Folgen verderblichen Opposition verharren.

Der Achtstunden-Schlaf.

Von **J. Bresler.**

Es waren ohne Zweifel wirtschaftliche Gründe, der Kampf von Mensch gegen Mensch, die in ...rzeiten zur Einführung regelmäßig wiederkehrender Ruhetage führten; die Nachtruhe mochte zur ...rholung nicht mehr ausgereicht haben. Der Ar...eitnehmer, der, weil er die Arbeitskraft lieferte, ...igentlich der Arbeitgeber war, und der Unterneh...ier mögen sich friedlich darüber geeinigt haben. ...ie siebentägliche Ruhe wurde zuerst in Erd...trichen eingeführt, wo lange Winternächte nicht ...ie Möglichkeit zu genügendem Ausruhen gaben.

Wirtschaftlicher Notwendigkeiten und Nöte ...egen konnte die Ruhe an solchen Tagen keine ...llgemeine und vollständige sein. Abgesehen von ...otstandsarbeiten konnten gewisse andere Arbei...n nicht unterbrochen werden; es gab, wo der ...ebente Tag, der Tag, an dem das Mondbild ...echselt, für die Erholung bestimmt war, z. B. ...eine Sechstagefrau oder Sechstagemutter, keine ...uhetagsfrau oder -mutter. (Etwa ähnlich wie ...tzt in manchen Krankenhäusern, ebenso schablo...nhaft wie sinn- und zweckwidrig, beabsichtigt ...ird, die Achtstundenpflege einzuführen und die ...ranken innerhalb 24 Stunden bis dreimal einer ...nderen Pflegeperson zu überweisen. Wenn ...echsstundenpflege verlangt würde, würde es wahr...heinlich an Begründungsversuchen auch nicht ...blen.) Bei den immer höher steigenden Anforde...ngen und dem sich verschärfenden wirtschaft...hen Wettstreit genügten aber auch die Nacht und ...r Ruhetag nicht zur Erholung und zur Erledigung ...ssen, was Sorge für die eigene Person und Fami... erfordert, und so, zugleich um Ausbeutung der ...beitskraft vorzubeugen, ergab sich die Festset...ng der täglichen Arbeitszeit auf eine bestimmte ...hl von Stunden, deren Höhe nach der Art der ...beit verschieden ist und unter dem Wandel der ...rtschaftlichen Nöte wechselt.

Damit rückt wieder die Frage in den Vorder...und, wieviel Schlaf der Mensch braucht.

Wie bei der Arbeit verhalten sich im Schlaf die ...enschen verschieden. So sehr äußerlich die schla...de Menschheit ein etwas Gleichartiges darstellt, so unendlich mannigfaltig ist sie von innen betrachtet und so verschieden ist der Erfolg des Schlafes, die Erholung. Darüber braucht nichts Näheres ausgeführt zu werden.

Es ist von großer Bedeutung für Volksgesundheit und -wirtschaft, welche Schlaflänge die Regel ist oder sein soll.

Säuglinge schlafen bekanntlich fast ununterbrochen, wenn sie nicht durch körperliche Beschwerden oder durch Schmerzen gestört werden, und selbst bei der Nahrungsaufnahme schlafen sie oft weiter; Kinder von zwei Jahren schlafen noch 12 bis 14 Stunden, Kinder im Schulalter 9 bis 10 Stunden, Erwachsene 8 bis 9 Stunden. Im höheren Greisenalter dauert der Schlaf manchmal nur 3 bis 4 Stunden; dann wird aber gewöhnlich die übrige Zeit in einem mehr dem Schlafe als dem Wachen ähnlichen Zustande verbracht, und der ist kein gesunder, natürlicher.

Man wird unter den heutigen Verhältnissen den Achtstundenschlaf als das *mindeste* für den arbeitenden Menschen ansehen müssen.

Aus bloß begrifflicher Betrachtung, aus Erwägungen über Volksgesundheit und -leistungsfähigkeit und bei Gegenüberhalt, daß der Achtstundenarbeitstag in manchen Ländern mit gesetzlichem Zwang und unter Androhung von Strafen für Übertretung eingeführt ist, würde sich folgerichtig die Ergreifung von Maßnahmen für Einführung des Achtstundenschlafes ergeben, so absonderlich und verstiegen das auch scheinen mag. Die Verwirklichung eines solchen Gedankens ist selbstverständlich unmöglich, obgleich die Begrenzung der Arbeitszeit ein ganz gewaltiger, lange für unmöglich gehaltener Eingriff in die freie Betätigung des Einzelnen wie der wirtschaftlichen Kräfte im allgemeinen, anderseits die sog. Polizeistunde eine alte Einrichtung ist.

Es bleibt nur der Weg, der Jugend beim Unterricht vom menschlichen Körper einzuprägen, daß der Achtstundenschlaf für denjenigen, der sich gesund und leistungsfähig erhalten will, notwendig und das Mindeste ist; daß der Mensch auf ihn ein



natürliches Recht hat, neben dem freilich auch eine Pflicht steht; daß eine oder mehrere Stunden weniger zu schlafen, namentlich wenn es öfter geschieht, eher und mehr Schaden stiften kann als ab und zu eine oder mehrere Stunden mehr zu arbeiten.

Der Mensch verschläft natürlicherweise etwa ein Drittel seines Lebens; dieser Umstand kann unmöglich ohne Berücksichtigung seitens der Gesundheitspflege bleiben.

Daß sich die Gesetzgebung der Völker des Altertums, die sonst die Gesundheitspflege bis ins einzelne genau und recht streng und zwangsmäßig regelte (Steinigung für Sabbathsverletzung), mit der Schlafzeit nicht befaßt hat, liegt neben anderen Gründen daran, daß man damals, wo es noch keine bequeme künstliche Erleuchtung der Wohnräume gab, mit den Hühnern schlafen ging und aufstand.

Es ist merkwürdig, daß sich die Wißbegier der Menschen mehr mit dem Traum als dem Schlaf beschäftigt. Dabei ist der Schlaf desto gesünder, je weniger man träumt. Ich möchte sagen: Der Traum ist der Hüter der Gesundheit. Durch ihn erfahren wir oft von körperlichen Störungen, besonders solchen der Herztätigkeit, die während des Schlafs bestanden, auch von solchen, die sich im Wachen unserer Aufmerksamkeit irgendwie entziehen. Dies ist das Sicherste und Wichtigste der Traumfrage, nicht die mancherlei Erzeugnisse wilder Gedankensprünge, mit denen sich die Traumdeutung, oft in scheinwissenschaftlichem Gewande, auf diesem Gebiete tummelt.

Aus der Landesirrenanstalt Eberswalde (Direktor Dr. Zinn.)

Erfahrungen mit Promonta-Nervennahrung.

Von Dr. **Michalke,** Oberarzt.

Vor einiger Zeit brachte die Chemische Fabrik Promonta, Hamburg, ein Präparat in den Handel, das sie Promonta-Nervennahrung nennt und das nach chemischer Analyse außer hochwertigen Eiweißstoffen, Kohlehydraten und Salzen besonders nutraminhaltige Reizstoffe und die für den Aufbau des Nervensystems hochwichtigen Phosphatide [1]) enthält, welch letztere durch ein besonderes Verfahren aus frischem Gehirn gewonnen werden.

Das Präparat scheint sich also seiner chemischen Zusammensetzung nach, vorausgesetzt, daß seine leichte Assimilierbarkeit gewährleistet ist, besonders für die Behandlung nervöser Schwäche- und Erschöpfungszustände zu eignen.

Ich selbst wendete es, nachdem mir gütigst genügende Versuchsmengen von der Fabrik zugestellt waren, in drei Fällen an, und zwar

1. bei einer durch periodische Erregungszustände stark heruntergekommenen Patientin der Anstalt mit hysterischen Zügen, Frl. R.,
2. in einem Fall von Hysteroneurasthenie, kompliziert mit Chlorose, Frl. B.,
3. bei einer neurasthenischen, durch viele Geburten stark geschwächten Frau F., bei der noch nebenbei Verdacht auf Tuberkulose bestand.

Zunächst wurde das Mittel in Dosen von drei Theelöffeln täglich in Milch oder Kaffee sehr gern genommen; es schien schon nach Verbrauch von 300 bis 400 g günstig auf die psychische und körperliche Verfassung der betreffenden Pat. einzuwirken, so daß ich bald wieder um frische Dosen gebeten wurde. Das Körpergewicht ging in *allen* drei Fällen wesentlich während der Darreichung des Mittels in die Höhe (bis zu 5 kg in vier Wochen!), während vorher ein solcher Anstieg auch durch beste Kost und Darreichung anderer Mittel wie Arsen usw. nicht zu erzielen war. Besonders aber hat sich nach und nach das subjektive Befinden und die allgemeine vom Nervensystem induzierte körperliche Spannkraft und Leistungsfähigkeit der Patienten in auffallender Weise gebessert. Vom Magendarmkanal wurde das Mittel ausgezeichnet vertragen, so daß seine gute Assimilierbarkeit außer Zweifel steht und sowohl Arzt wie Patienten mit dem Erfolge recht zufrieden sein konnten.

Wenn sich ein abschließendes Urteil aus meinen wenigen Versuchen auch noch nicht gewinnen läßt, so scheint es sich doch bei Promonta-Nervennahrung um ein wertvolles Nähr- und Arzneimittel zu handeln, das weitere Verbreitung verdient und dessen Anwendungsgebiet sich noch bedeutend erweitern läßt. Vielleicht lassen sich nach theoretischen Erwägungen auch leichte Fälle von Epilepsie damit günstig beeinflussen.

Der Preis des Präparates ist für heutige Verhältnisse ein erschwinglicher zu nennen.

[1]) Salkowski Biochem. Zeitschr. Bd. 51 S. 407.

Mitteilungen.

Mitteilung des Reichsverbands. Gerichtliche Entscheidungen betr. ärztlicher Gebühren. Es wird gebeten, alle gerichtlichen Entscheidungen über Ansätze von ärztlichen Gebühren, die in den letzten Jahren ergangen sind oder in Zukunft ergehen, in Abschrift an die Gebühren-Kommission des R. V. zu Händen des Oberarztes Dr. Rein, Landsberg a. W., einzusenden. Sie sollen zusammengestellt werden, so daß hier eine Zentralstelle geschaffen wird, welche auf Anfrage in Zweifelsfällen genaue Auskunft erteilen kann mit Hinweisen auf die vorliegenden Gerichtsentscheidungen.

— **Zur Gebührenregelung für psychiatrisch-forensische Gutachtertätigkeit** (s. diese Wochenschr. Nr. 19-20.) Die von der vom Reichsverband eingesetzten Kommission in Vorschlag gebrachten Gebührensätze sind seinerzeit den bestehenden Gebührenordnungen und den Zeitverhältnissen ungefähr angepaßt worden. Nachdem inzwischen die allgemeinen Lebensbedingungen sich weiter verteuert haben, ist es natürlich erforderlich, dies bei stattfindenden Neuregelungen der gerichtlichen Gebühren entsprechend zu berücksichtigen. Es sei darauf hingewiesen, daß z. B. die Gebühren für gerichtsärztliche Verrichtungen in Preußen, die bei Abfassung unseres Vorschlags um 100 v. H. gegen Friedenszeiten erhöht waren, inzwischen durch Min.-Erlaß vom 20. Dezember 1920 eine weitere Erhöhung auf das Vierfache des Friedenssatzes erfahren haben, womit sie aber teilweise noch nicht unsern Forderungen entsprechen. Inzwischen ist ja auch die neue preußische Gebührenordnung für Ärzte erschienen, die für einzelne Untersuchungen höhere Mindestsätze enthält, als wir sie in unserm Vorschlag aufgenommen haben.

Im einzelnen müssen daher in unserm Vorschlag mindestens die nachstehenden Änderungen eingesetzt werden:

Unter Nr. **2a:** Abwartung eines Termins bis zur Dauer von zwei Stunden einschl. des erstatteten mündlichen Gutachtens 24 M (statt 20 M).

Unter **2d:** Entnahme einer Blutprobe 10 M (statt 6 M). — Entnahme der Rückenmarksflüssigkeit 40 M (statt 12 M). — Serologische, chemische und mikroskopische Untersuchung des Blutes und der Rückenmarksflüssigkeit für jede Untersuchung 10 bis 20 M statt 10 M).

— Auszug aus dem Bericht über das Rechnungsjahr 1919 der **Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus Lemgo.**

Bestand am 1. April 1919. 1. Kl. — M., — Fr., 2. Kl. 5 M., 13 Fr., 3. Kl. 175 M., 151 Fr., insges. 180 M., 164 Fr.

Zugang in 1919: 1. Kl. 2 M., 4 Fr., 2. Kl. 17 M., 9 Fr., 3. Kl. 45 M., 30 Fr., insges. 64 M., 43 Fr.

Abgang in 1919: 1. Kl. 2 M., 2 Fr., 2. Kl. 10 M., 7 Fr., 3. Kl. 51 M., 33 Fr., insges. 63 M., 42 Fr.

Bestand am 31. März 1920: 1. Kl. — M., 2 Fr., 2. Kl. 12 M., 15 Fr., 3 Kl. 169 M., 148 Fr., insg. 181 M., 165 Fr.

Durchschnittlicher Tagesbestand: 1. Kl. 0,4 M., 0,9 Fr., 2. Kl. 9,5 M., 17,7 Fr., 3. Kl. 170,7 M., 145,3 Fr.; insges. 180,6 M., 163,9 Fr.

Von den in der dritten Klasse Verpflegten waren untergebracht: Auf Selbstkosten 78 Lipper, 10 Nichtlipper, zus. 88; auf Kosten lippischer Armenverbände 138; auf Kosten lippischer Kassen 15; auf Kosten des Bundesstaates Waldeck und Pyrmont 12; auf Kosten des Bundesstaates Bückeburg 1; auf Kosten der Provinz Westfalen 51; auf Kosten der Stadt Bremen 72; auf Kosten anderer, nichtlippischer Kassen 2; auf Kosten der Intendantur 22.

Die Behandlungsmittel blieben im wesentlichen unverändert. Die Beschäftigungsbehandlung hat auch im Berichtsjahre gute Erfolge gebracht: von den Männern waren im Durchschnitt 67,7 v. H. (im Vorjahr 58,1 v. H.), von den Frauen 52,4 (44,5) v. H. nutzbringend beschäftigt. Unbeschäftigt bzw. mit Bettruhe behandelt waren: 32,3 v. H. der Männer, 47,6 v. H. der Frauen.

Angestellte und Kranke sind — abgesehen von gelegentlicher Häufung von Erkältungskrankheiten — von ansteckenden Krankheiten verschont geblieben. Große Mühe mit nur unbefriedigendem Erfolge wurde auf die Bekämpfung der von Zeit zu Zeit wieder auftretenden Gesichtsrose verwendet; leider ist kein noch so starkes Desinfektionsmittel imstande, die sehr widerstandsfähigen und langlebigen Erreger dieser Erkrankung zuverlässig abzutöten. In größeren Zwischenzeiten hatte die Anstalt immer wieder unter dieser Krankheit zu leiden, der eine Kranke zum Opfer fiel und an der eine Pflegerin sehr schwer erkrankt war.

Die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse waren bei Personal und Kranken infolge der etwas besseren Ernährung befriedigend; auch die große Kohlenknappheit hat bei dem ungewöhnlich milden Winter außer einer Steigerung der Erkältungskrankheiten keine Opfer gefordert. Dagegen hat aber die wegen Kohlenmangels nötig gewordene, äußerste Einschränkung der Bäder den Verbrauch an Narkotizis in hohem Grade steigen lassen.

An der Anstalt waren am 31. März 1920 nach dem Voranschlag angestellt: Der Direktor, je 1 Oberarzt, Abteilungsarzt, 2 Anstaltsgeistliche (im Nebenamt), je 1 Anstaltsverwalter, Magazinverwalter, Buchhalter, Registrator, Oberin, Oberpfleger, Gutsverwalter, Maschinenmeister, Obergärtner, Küchenvorsteherin, Wäschevorsteherin, Bureaugehilfe, 49 Angestellte im Dienstverhältnis als Pfleger, 39 Pflegerinnen.

Am 30. Juni 1919 schied die Oberin Evenius aus dem Anstaltsdienst; sie wurde ersetzt durch die Oberschwester der Anstalt Therese Ullrich. Am 24. Januar 1920 ist die Wäschevorsteherin Freil auf ihren Wunsch entlassen worden; ihre Stelle wurde der Pflegerin Auguste Koch übertragen.

Im Lauf des Berichtsjahres kehrten aus der Gefangenschaft in die Heimat zurück: die Pfleger Linnemeier, Frohböse, Hellmeier, Beckmeier und Sieker; sie traten sämtlich wieder in den Anstaltsdienst; die Anstalt gedenkt ihrer auch an dieser Stelle mit einem „herzlichen



Willkommen". Der bisher vermißte Pfleger Ernst Kuhlmann ist — wie erst jetzt festgestellt werden konnte — bereits am 31. Oktober 1918 fürs Vaterland gefallen; das Andenken dieses pflichttreuen Pflegers wird stets in Ehren gehalten werden.

Bei dem Pflegepersonal ist im Berichtsjahre der Achtstundentag dahin eingeführt worden, daß jeder vierte Tag dienstfrei wird. Zur Durchführung dieser Diensteinteilung war die Mehreinstellung von 20 Pflegern und 13 Pflegerinnen erforderlich.

Von den im Dienstverhältnis der Pfleger Angestellten sind verwendet 47 (1 : 4,0 Kranke) im unmittelbaren Pflegedienst, 3 als Heizer, 2 als Schlosser, 6 als Kutscher, je 1 als Gärtner, Kuhwärter, Tischler, Schneider, Schuhmacher, Bureaugehilfe, 2 als Telephonisten, 1 als Nachtwächter und 1 als Bote. Von den Pflegerinnen standen im unmittelbaren Pflegedienst 40 (1 : 4,0 Kranke), 12 wurden in Wirtschaft, Kochküche, Nähstube und Gärtnerei verwendet.

Von den am 1. April 1919 angestellten Pflegern sind 14,5 v. H., von den am gleichen Tage angestellten Pflegerinnen 53,0 v. H. ausgeschieden.

Das durchschnittliche Dienstalter der Pfleger betrug am 1. April 1920 6,6 Jahre. Der dienstälteste Pfleger hatte 26 Dienstjahre. Die Pflegerinnen hatten am gleichen Tage im Durchschnitt ein Dienstalter von 3,0 Jahren. Die älteste Pflegerin stand im 34. Dienstjahr.

Von den Pflegern waren 77,6 v. H., von den Pflegerinnen 49,0 v. H. aus Lippe gebürtig.

Trotz der anhaltenden Teuerung und der überaus schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse gestattet das Rechnungsjahr 1919 einen verhältnismäßig günstigen Abschluß.

Der Verlust der Hauptanstalt hat sich zwar um 306 684,38 M erhöht; durch eine sehr erhebliche Gewinnsteigerung der Kolonie — sie hat statt der im Voranschlag vorgesehenen 26 166,50 M 314 449,99 M Reingewinn ergeben — wird aber der Mehrverlust der Hauptanstalt bis auf 18 400,89 M abgedeckt.

Gehaltskonto: Ärzte und Beamte 29 021,15 M, Angestellte 6,435,34 M, Pflegepersonal a) Pfleger 39 302,99 M, b) Pflegerinnen 13 384 50 M, zus. 52 687,49 M, Hilfspersonal und Vertretungen 1 686,57 M, Stellenzulagen 1 411,10 Mark, Wohnungsgeld 4 091,36 M, Pensionen und Unterstützungen 2 945,00 M, Kriegsunterstützungen 1 827,21 M, zus. 100 105,22 M. Abzüglich Einnahmen für besondere Pflegeleistungen 6 641,11 M verbleiben 93 464,11 M.

Die Ausgabe für Gehälter beträgt 4 v. H. weniger gegenüber dem Voranschlag 1919 und 38 v. H. mehr gegenüber der Rechnung 1913.

— **Sachsen** (Staat). Die normale wöchentliche Arbeitszeit in den dem Staate unterstehenden Landesheil- und Pflegeanstalten beträgt zurzeit a) für die Wärterinnen und Hausmädchen 60 Stunden, b) für die Küchenmädchen 54 Stunden und c) für die Waschmädchen 48 Stunden. Die Arbeitszeit der Küchenmädchen soll tunlichst, soweit es der Betrieb der Anstalt zuläßt, nicht vor 5 Uhr 30 Minuten früh beginnen und nicht über 8 Uhr abends dauern. — Die Dienstzeit der Pfleger und Schwestern, die Staatsdiener sind, ist auf 60 Stunden wöchentlich festgesetzt worden.

Buchbesprechungen.

— Asch, Prof. Dr. P., Straßburg i. E.: Die moderne Therapie der Gonorrhöe beim Manne. Ein Leitfaden für Studierende und Ärzte. II. unveränderte Aufl. mit 25 Abb. im Text. 84 S. Bonn 1920, A. Marcus & E. Webers Verlag. Geh. 5,75 M, geb. 7,45 M.

Eine recht gut geschriebene, auf reiche Erfahrung gegründete Darstellung der derzeitigen Behandlung des Trippers. Auch die Frage der Ansteckungsmöglichkeit wird behandelt. Beachtenswert ist der Hinweis darauf, daß die Tripperkokken manchmal atypische Formen annehmen unter mannigfachen Übergangsformen, ferner der Hinweis auf Tripperkokkenträger.

Bei der ausschließlichen inneren Behandlung hat A. sehr häufig Komplikationen (bis 55 v. H.) und nach zwei Monaten nur 70 v. H. geheilte Fälle gesehen. Bei weitem bessere Erfolge (nur 7 v. H. Urethritis posterior und nur 7 v. H. nach zwei Monaten nicht geheilt, dagegen 63 v. H. in den ersten vier Wochen geheilt) bei den Janetschen Spülungen, die A. empfiehlt und beschreibt.

— Schleich, C. L.: Gedankenmacht und Hysterie. 78 S. Berlin 1920, E. Rowohlt. Geh. 4,50, geb. 7,50 M.

Geistreiche Betrachtungen aus dem Gebiet der Nervenphysiologie, Psychologie, Entwicklungslehre mit Beziehung auf die Frage, ob eine Idee Formen schaffen kann. Letzteres ist bei der Hysterie der Fall, die im Geistigen ihren Ursprung hat und ein noch zu enträtselndes, „metaphysisches" (?) Geheimnis birgt. Hysterie ist nach Schleich nicht eine Erkrankung des Nervensystems an sich, auch keine innersekretorische Selbstvergiftung, sondern „eine Perversion der Phantasietätigkeit", sie beruht auf „abnormem Eindringen der Phantasieströme der rechten Gehirnhälfte in den Betrieb der Körpergewebe". Sie befällt meist Phantasiemenschen.

Schleich will statt Hysterie die Bezeichnung Phantasiasis einführen, und zwar in zwei Unterbezeichnungen: Ph. funktionalis oder Ph. formativa plastica. Daß die schöpferische Idee der Welt ihrer wirklichen Erscheinung vorangegangen sein muß (Plato), dafür gibt es nur eine Erfahrungstatsache: „das ist der Symptomenkomplex der Hysterie, insofern hier die allerdings krankhaft eingestellte Phantasie, also Übersteuerung einer Idee, zu Formveränderungen im Leibe führt, die eine Neuschaffung von Substanz bedeuten." Fataler Irrtum!

— Birkenbiehl, Michael: Dämonische Novellen. 361 S. München 1920, J. Michael Müllers Verlag. Geh. 10,00 M.

Enthält sechs Novellen mit folgenden spannenden Überschriften: Homunkulus, Zigeunerseele, Mondnacht, Vision, Blutzauber, Fleurs des morts. Der Begleitzettel sagt: „Noch nie sind die grausigen Abgründe der Mondsucht, die Tragödien der Vererbung, die Schauer der



alluzination, die schweren kriminellen Gefahren, in elche das Sexualleben die weibliche Psyche bringen ann, so packend geschildert worden. . . . Dabei handelt es sich um Kunstwerte von ewigem Werte, die ren Dichter mit einem Schlage den großen Erzählern er Weltliteratur anreihen." Psychiatrisch bringt das uch nichts Neues. Aber ob es sich um Kunstwerte von wigem Werte handelt, möchte man der Zukunft überssen.

Sopp, A.: Suggestion und Hypnose. Ihr Wen ihre Wirkungen und ihre Bedeutung als Heilmittel. ergänzte Auflage. 75 S. Leipzig und Würzburg, C. abitzsch. Brosch. 4,50 M.

Die suggestive Beeinflussung ohne und mit Zuhilfenahme der Hypnose hat sich bei der Behandlung der urch den Krieg verursachten Nervenstörungen als ein uentbehrliches Hilfsmittel bewährt. Dem ist durch die nfügung eines Abschnittes über Wachsuggestion Rechnung getragen.

Im übrigen hat Verf. bei der Neuauflage auf wesentliche Änderungen und Zusätze verzichtet, da grundsätzlich Neues wenigstens für den Nichtfachmann auf diesem Gebiete nicht zu verzeichnen ist.

Die Schrift ist klar und leicht faßlich geschrieben und sehr zu empfehlen.

— Ebstein, Dr. Erich, Facharzt für innere Krankheiten in Leipzig: Der Geruch in der klinischen Diagnostik. Heft 10 bis 12 des Band XX der „Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin". 44 S. Leipzig 1920. Verlag von Curt Kabitzsch. Brosch. 4,50 M.

Dem menschlichen Geruch ist von den Anthropologen und Ethnologen stets eine den tatsächlichen Beobachtungen und Erfahrungen entsprechende, hohe Bedeutung zugemessen worden. Bei der Pathologie war es früherer Zeit mehr der Fall als heutzutage, obgleich sich über die Gerüche bei den verschiedensten Krankheiten recht viele Mitteilungen in der Literatur finden. Diese gesammelt zu haben, wie es in der vorliegenden, fleißigen Studie geschieht, ist ein recht großes Verdienst des Verfassers. Eine solche Übersicht wird das Interesse für diese wichtige Frage der Diagnostik von neuem kräftig beleben. Die Studie sei daher wärmstens empfohlen. Vielleicht erntet auch die Psychiatrie und die Neurologie noch einmal auf diesem Gebiet, namentlich wenn biologische Untersuchungsmethoden angewandt werden. B.

— Brugsch, Prof. Dr. Theodor: Lehrbuch der Diätetik des Gesunden und Kranken. Für Ärzte, Medizinalpraktikanten und Studierende. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. 313 S. Berlin 1919. Verlag von Julius Springer. Geb. 20,00 M.

Enthält: Die physiologischen Grundlagen der Ernährungslehre, Allgemeine Diätetik, Nahrungs- und Genußmittel. Die diätetische Küche. Die Kost des Normalen, Wahl der Nahrungsmittel. Wahl der Reiz- und Genußmittel, Verteilung der Mahlzeiten. Allgemeine Diätetik bei Erkrankungen. Unterernährung, Überernährung, Fettleibigkeit, Fettsucht, Gicht, die Glykosurie, Herz- und Gefäßkrankheiten, Nierenerkrankungen, Diabetes insipidus, Erkrankungen der ableitenden Harnwege, Steindiathesen, Fieberhafte Erkrankungen, Sondenernährung, Krankheiten der Verdauungsorgane, Kochrezepte — ein trefflicher Ratgeber auf diesem Gebiet, auf dem der Arzt oft den schwierigsten Aufgaben und Problemen begegnet, aber auch große Erfolge haben kann, wenn er es versteht, und dazu muß er Bücher wie das vorliegende studieren. B.

Birk, Dr. Walter, Professor der Kinderheilkunde an der Universität Tübingen: Leitfaden der Kinderheilkunde. Für Studierende und Ärzte. II. Teil: Kinderkrankheiten. 338 S. Mit 10 Abb. im Text und einer Tafel. Bonn 1920, A. Marcus & E. Webers Verlag. Geh. 25,00 M, geb. 30,00 M.

Behandelt in der schon beim Teil I: Säuglingskrankheiten hervorgehobenen präzisen Form und unter zweckmäßiger Auswahl des Stoffes, Ernährung und Ernährungsstörungen älterer Kinder, Umschriebene Erkrankungen des Magendarmkanals, Vergiftungen, Nabelschmerz, Blinddarmentzündung, akute Bauchfellentzündung, Pneumokokkenperitonitis, Gonokokkenperitonitis, Erkrankungen der Leber, Würmer, akute Infektionskrankheiten (S. 49 bis 124), chronische Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Luftwege, Herzerkrankungen, exsudative Diathese, Zuckerharnruhr, einfache Harnruhr, Erkrankungen der Schilddrüse, Blutkrankheiten, Erkrankungen des Zentralnervensystems, Muskeldystrophie, Nierenerkrankungen, Alter, Länge und Gewicht des Kindes.

Ein ungemein brauchbares und zweckdienliches Lehrbuch. B.

Therapeutisches.

— **Die Bekämpfung postoperativer Durstzustände mittels Cesol-Merck.** Von Dr. Rudolf Decker, München. Münch. med. Wochenschr. 1919, Nr. 52.

Flüssigkeitszufuhr nach Operationen ist nicht nur wegen beständigen Brechreizes infolge der Narkose, sondern häufig auch durch die Art der Operation (Gastroenterostomie, Magenresektionen usw.) mehr oder weniger lange Zeit kontraindiziert. Cesol wurde jeweils in der vollen Ampullendosis von 0,2 g ohne irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen gegeben; auch starke Schweißsekretion wurde nicht beobachtet. Schon eine Viertel Stunde nach der Einspritzung hörte das quälende Durstgefühl auf. Es tritt reichliche Speichelsekretion ein, und die Kranken fühlen dadurch eine wesentliche Erleichterung. Die günstige Wirkung dauert im allgemeinen vier bis sechs Stunden an, manchmal auch länger, bis allmählich der reichliche Speichelfluß wieder nachläßt. Die Einspritzung kann dann, wenn nötig, wiederholt werden ohne Schaden befürchten zu lassen. Nach den gemachten Erfahrungen scheint es sicher, daß durch Cesol auch anderweitig bedingte Durstzustände behandelt werden können.



— **Syphilisbehandlung mit Modenol.** Von Dr. Robert Piewaty, Wien. Wien. med. Wochenschr. 1920 Nr. 40.

Für die Syphilisbehandlung bei jugendlichen oder ältlichen und schwächlichen Personen, bei solchen mit Spitzenkatarrhen und anderen Lungenaffektionen oder mit leichten Veränderungen der Nieren, ferner bei Patienten, bei denen nach wenigen Quecksilberinjektionen Erbrechen, Diarrhöen, blutige Stühle, ulzeröse Stomatitiden oder Bildung von schmerzhaften Infiltraten auftreten, und schließlich bei Unterernährten ist das Modenol, ein lösl. Quecksilberpräparat mit Arsen sehr geeignet. Verf. konnte in allen Fällen prompte Quecksilberwirkung feststellen. Die luetischen Erscheinungen gingen ausnahmslos zurück, und zwar nicht langsamer, als beim Gebrauch anderer Quecksilberpräparate. Modenol wurde stets gut vertragen. Niemals traten Schmerzen oder Infiltrate an der Injektionsstelle auf. Meist waren Zunahme des Körpergewichts und Hebung des Allgemeinbefindens festzustellen. Weder Intoxikationserscheinungen, noch Stomatitiden wurden beobachtet. Bereits bestehende Zahnfleischerkrankungen besserten sich trotz Anwendung des Modenols bei genügender Mundpflege. Modenol ist nicht angezeigt, wenn eine sehr energische und langdauernde Quecksilberwirkung erforderlich ist; dagegen ist es unübertrefflich da, wo außer einer prompten Quecksilberwirkung eine Kräftigung des Organismus erzielt werden soll.

Wirtschaftliches.

Jede Heilanstalt für Geistes-, Gemüts- und Nervenkranke hat einen größeren Gemüsegarten, zahlreiche Ziergärten und mehr weniger ausgedehnte Landwirtschaft, und mancher ihrer Ärzte, besonders der leitende, wenn er zugleich Direktor ist, sieht sich oft in der La[ge], daß er wünschen möchte, seine botanischen Kenntnisse gegenwärtig zu haben oder aufzufrischen. Bei den [heu]tigen hohen Bücherpreisen und bei der dringenden N[ot]wendigkeit, möglichst sparsam zu wirtschaften, ist [es] nicht angängig, neben der Fachliteratur größere A[us]gaben für andere Gebiete zu machen. Da ist das Bot[a]nische Wörterbuch von Dr. Otto Gier[ke] sehr willkommen. (Es ist Band I der trefflichen Sa[mm]lung: Teubners kleine Fachwörterbüch[er]. 221 S. Zahlreiche Abbildungen. Leipzig und Berlin 19[..], Verlag von B. G. Teubner. Preis geb. 8,00 M). W[ir] möchten nicht verfehlen, auf dieses Wörterbuch be[son]ders hinzuweisen. Es ist Pflanzenfreunden ein we[rt]voller Ratgeber und Führer.

B.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Zweiundzwanzigster Jahrgang. Nr. 49/50. 1920/21.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter: Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien).
Verlag und Ausgabe: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.



W. Krefft AKT. GES.
Gevelsberg in Westf.
ZWEIGBÜRO: BRESLAU II GUSTAV-FREYTAGSTR. 45
FILIALE U. MUSTERLAGER: BERLIN W. 66, WILHELMSTR. 55

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Nr. 49/50.	12. März	1920/21.

Bezugspreis: M 7,50 für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

nhalt:

Dramatiker im Dienste der Diagnostik.

Von Generalarzt **Buttersack**.

Die Ereignisse um uns herum im Bereich der inneren und der äußeren Politik beschäftigen lle Welt so sehr, daß kaum einer dazu kommt, die Jmwälzung im Geistesleben, selbst die im eigenen Denken, mit der gebührenden Aufmerksamkeit zu erfolgen. Und doch gleiten wir auch da in eine ndere Zeit hinein. Bis jetzt beherrschte der Caresianismus mit seiner straffen, mechanistischen Kausalität die Gemüter unbeschränkt. Der Aufchwung der Naturwissenschaften und die Leistunen der Technik sprachen für seine Richtigkeit nd ließen die Frage nicht aufkommen, ob er die Vahrheit erschöpfe. So lange als alles gut ging, ag keine Veranlassung vor, nach einem anderen Veltbild, nach einem anderen Verkettungsprinzip u fahnden. Restlos befriedigte freilich die streng nechanistische Verknüpfung von Ursache und Virkung doch nicht. Man lächelte zwar mitleidig ber die Leute, welche hinter der Welt der Ercheinungen nach metaphysischen Faktoren suchen. Allein so ganz frei davon war und ist keiner. n jedem leben die Antinomien der Bedürfnisse des Gemüts, die über uns hinaus auf ein Jenseits weisen, und der diesseitigen brutalen Beobachtungen und Erlebnisse. Je weniger die erlösende Lehre Kants, daß das, was wir unsere Welt nennen, nicht das wahre Wesen der Dinge ist, sondern nur Erscheinungsformen in unserem menschlich-ideellen Bewußtsein: je weniger diese Lehre den Menschen in Fleisch und Blut übergegangen ist, um so geringer wird ihre Widerstandsfähigkeit gegen die Unbilden des Lebens, um so leichter wird das seelische Gleichgewicht gestört, sobald trübe Erfahrungen auf sie einstürmen. Nur bei wenigen treten die metaphysischen Regungen so sehr hinter dem Wirken im Moment bzw. dieses hinter jenem zurück, daß sie als „unerschütterliche Naturen" ihren Weg vollenden. Vielleicht repräsentieren manche sog. moralisch Minderwertige, manche religiöse Schwärmer derlei Gegenpole. Im allgemeinen aber lebt in uns allen sowohl das Diesseits wie das Jenseits, nur eben in jedem wieder in anderen Proportionen.

In dieser geistigen Konstitution liegt gewiß der

Grund für eine große Anzahl von psychischen Entgleisungen, an denen unsere Zeit so reich ist. Leicht begreiflicher Weise. Denn wer die Welt und sich selbst nur als das Produkt aus einer Anzahl von Kausalitätsreihen betrachtet, hat im Falle des Unglücks nichts, wohin er sich zurückziehen, wo er festen Fuß fassen kann. Und weil jeder einzelne das Produkt seiner eigenen spezifischen Kausalitätsreihen ist, so fehlt zwischen diesen Produkten jede innerliche Verbindung. Es kann keiner dem anderen eine Stütze sein; beide sind sich in Wahrheit fremd. Früher gab es Freundschaften, in welchen einer den anderen trug. Das ist heute nicht mehr modern. Wie seltsam und unverständlich muten uns die Stammbuchblätter unserer Groß- und Urgroßväter mit ihren Zueignungsversen an! Wie selten sind heute wahre, auf Seelenharmonie beruhende Freundschaften! Ja, man kann sogar fragen: wie viele Ehen sind auf solch restloses Vertrauen, auf völliges Zusammenfließen gegründet?

Zwischen der kühlen Berechnung des sog. realen Lebens mit seinen vielen Konflikten, und den nicht unterdrückbaren Forderungen des Gemüts schwankt der moderne Mensch einher. Die meisten sind sich dessen gar nicht bewußt. Drum ist es lehrreich, von einem genialen Dichter den — allerdings outrierten — Typus unserer Zeitgenossen auf die Bühne gebracht zu sehen. Die Figuren, welche Strindberg geschaffen, sind keineswegs Kinder seiner grimmigen Phantasie. Sie verkörpern vielmehr uns selber, wenn auch manche Züge reichlich kraß herausgearbeitet sind, wie das einstens die Tenebroso-Maler analog taten. Das Bewußtsein seiner virtuosen Technik wirkt verführerisch auf den Künstler und zeitigt Übertreibungen.

In seinem Buch: „Der bewußte Wille in der Weltgeschichte"[1]) hat er seine Vorstellungen von dem Ablauf alles Geschehens und damit auch die letzten Motive seines dramatischen Schaffens entwickelt: Eine schrankenlose Kausalität in der Hand eines unsichtbaren Gesetzgebers lenkt alle Dinge, aber nicht höheren Entwicklungsstufen entgegen, sondern zu einem allgemeinen Gleichgewicht. Das „gute Ende" all des wüsten Durcheinander von Freud und Leid, Aufbau und Zerstörung, Wachsen und Welken, das wir Weltgeschichte nennen, ist schließlich nur: Remis.

[1]) Skizze zu einem Buch. Aus dem Schwedischen von Em. Schering. München u. Leipzig 1916, Gg. Müller. — Vgl. dazu Arth. Liebert, Strindbergs Geschichtsphilosophie und ihre Beziehungen zu seiner Kunst. Preuß. Jahrbücher 1918, Dezemberheft.

Man erkennt unschwer das romantisch-phan tastische Element in dem unsichtbaren, unheim lichen Weltwillen, und die mechanistisch-natur wissenschaftliche Komponente in der unerbitt lichen Kausalität. Diese Antithese zwischen de Erkenntnis von der unaufheblichen Relativität de Daseins — sagt Liebert — und dem unstillbare Drang nach Befreiung von dieser Relativität, nac Absolutheit, kommt in den Dramen wie in den Ro manen und Novellen immer wieder zu ergreifen dem Ausdruck. Sie lebt auch in uns, und hier is der tiefe Grund für die Unrast unseres Lebens, fü den Zickzack unserer geistigen Funktionen, für di unorganische, zappelige, nicht solid fundierte Ar die uns an so vielen Zeitgenossen auffällt.

Die Personen, welche Strindberg auf di Bühne bringt, mögen wähnen, nach eigenem Wille zu handeln. Dem Beschauer kommen sie vor wi Schachfiguren, welche ein in unabsehbarer Fern thronender Weltwille nach mechanistisch-kausale Gesetzen hin und her schiebt. Unwillkürlich frägt man sich, ob nicht auch wir alle, von einer höhere Warte aus betrachtet, als solche Figuren erschei nen, nur daß wir unter dem Einfluß höchst mate rieller Gesichtspunkte agieren, die zwar in un liegen, aber von dem metaphysischen Quell de kategorischen Imperativ ebenso weit entfernt sind wie andererseits Strindbergs Weltwille.

An sich mag es ziemlich gleichgültig sein, wa für Vorstellungen ein einzelner von der Welt und den Menschen hat. Wenn aber ein Dichter von de Wahrhaftigkeit Strindbergs die Menschen i ihrer komplizierten Problematik, mit ihrem Ge misch aus Rationalistik und Mystik, Empirismus und Spekulation darstellt und damit unsere eigene Konstitution gewissermaßen in einem Spiegel zum Studium darbietet, dann gewinnen seine Figuren an aktuellem Interesse, und wir Ärzte können dar aus manchen wertvollen Fingerzeig entnehmen Wir werden in dieser nicht ausgeglichenen Konsti tution, in diesem inneren Zerklüftetsein einesteils das ätiologisch-diagnostische Verständnis für manche bedauernswerten Opfer unserer Perio finden, andernteils den Hebel, an welchem — viel leicht nicht therapeutische, wohl aber prophylakti sche Maßnahmen einsetzen können.

Freilich, einem in sich zwiespältigen Mensche mit seelischen Disharmonien, welche vergeblich nach Lösung streben — man vergleiche dazu di modernen Kompositionen! —, kann man nur selte helfen. Ist gar die Massenseele davon befalle so bleibt nur übrig, daß die betreffende Generat ausstirbt, eine grausame, aber rationelle Thera



er Schicksalsmächte. Mit dem Tode des Patien-
:n ist jeder Wahn geheilt.

Haben wir erst einmal die Geschichte als gro-
es organisches Entwicklungsdrama erfaßt, dann
rgibt sich die Nötigung, dahin zu wirken, daß die
ünftigen Generationen nicht ausschließlich auf eine
iechanistisch-atomistische kausale Weltgeschichte
ingeschworen werden, die noch immer den Fatali-
iten des Lebens gegenüber versagt hat. Ihr Blick
iuß vielmehr über das eigene Ich hinausgelenkt
nd dadurch das am Räumlichen und Zeitlichen
ängende Interesse — wenn nicht überwunden, so
och gemildert werden. In diesem Sinne hat einst
'ichte den Sinn für die Nation und die Hingabe
ir sie zu einem Kernstück seiner Religion gemacht
nd damit bis zum Ausgang des 19. Jahrhunderts
ewirkt. Liebert hat ganz Recht: Metaphysi-
che Überzeugungen tragen und beherrschen in un-
eahnter und doch gewaltig einflußreicher Weise
:glichen Schritt und jeglichen Zusammenhang un-
eres Wirkens und Leidens. Sie bedingen die
anze Art unserer Stellungnahme zu den Aufgaben
er Wirklichkeit, sie beherrschen alle Formen zu
rer Lösung, alle unsere Maßnahmen zur Ausein-
ndersetzung mit ihnen.

Fontane hat über Strindberg einmal
esagt: „Solche Genies sollten gar nicht existieren,
nd wenn das Genietum so etwas fordert, so bin
:h für Leineweber. Es bleibt aber andererseits
rahr, daß man die wichtigsten Aufschlüsse, Be-
enntnisse, Handlungen immer oder doch fast
nmer den fragwürdigen Personen zu danken hat.
!evolutionen gehen zum großen Teil von Gesindel,
'abanquespielern oder Verrückten aus." Ich
laube, Strindbergs dramatische Kunst öff-
et vielen die Augen für die gigantischen Dishar-
ıonien in der menschlichen Psyche, besser als das
icke Folianten tun könnten. Wer daran den Blick
geschult hat, wird an die Menschen, die seine Hilfe
suchen, einen anderen Maßstab anlegen, als den
chemischen, mikroskopischen, physikalischen, sero-
logischen usw. und wird mit solchem Schlüssel
manches diagnostische Rätsel lösen.

Wir können aber einen Schritt weitergehen und
ganz generell in den Werken großer Dichter und
Künstler — mögen sie uns gefallen oder nicht —
die typischen Verkörperungen ihrer Zeit erblicken.
Ob es möglich ist, daraus Diagnosen über die
Massenpsyche zu stellen, muß die Zukunft lehren.
Die Wahrscheinlichkeit ist groß, daß besonders ein-
fühlungsbegabte Menschen aus den Dichtungen und
Kunstwerken längst vergangener Zeiten deren
Charakterbilder zutage fördern. Damit ist um so
mehr zu rechnen, weil ja unter unseren Zeitgenos-
sen eine ganze Anzahl von nachzüglerischen Re-
präsentanten mehr oder weniger entlegener Perio-
den sich befinden.

Solche Charakterbilder gewähren den histori-
schen Ereignissen und Taten den notwendigen
Hintergrund. Denn schließlich stellt die einzelne
hervortretende Persönlichkeit nur eine mehr oder
weniger hoch sich kräuselnde Welle dar auf einem
unaufhaltsam, ruhig strömenden Fluß. Die Wellen
können wir alle sehen; aber die Strömung in der
Tiefe entzieht sich unserem Auge. Und doch ist
sie es, welche die Wellen trägt.

In früheren Jahrhunderten wendeten unsere
Vorgänger dem genius epidemicus, der Konstitution
einer bestimmten Zeit, ihre Aufmerksamkeit zu.
Auch für uns empfiehlt es sich, daß wir neben dem
Individuum die Konstitution der Zeit berücksich-
tigen, welcher es angehört, und zwar nicht bloß in
körperlicher, sondern auch in geistiger Hinsicht.
Denn mag der psycho-physische Parallelismus sein
wie er will: wer die Gesamtkonstitution kennt,
wird auch den Einzelnen sicherer beurteilen.

Zur Frage der Fachvertretung bei den Behörden.

Von Dr. **Paul Sünner,** Oberarzt an der Anstalt Herzberge, Berlin.

'm Anschluß an die Ausführungen von Kroe-
·mer, Schleswig, und Baumann in Heft 39-40
ber die fachärztliche Vertretung bei den Behörden,
ürften vielleicht einige Worte interessieren über
ie Berliner Verhältnisse. Diese sind zwar von
enen in den Provinzen in manchem recht ver-
chieden, es wäre aber immerhin möglich, daß an-
erswo auf die Reichshauptstadt als Beispiel hin-
ewiesen würde.

Die kürzlich erfolgte Neuorganisation des ge-
samten städtischen Gesundheitswesens nach der
Schaffung Groß-Berlins dürfte aus Veröffentlichun-
gen in den großen Tageszeitungen und in medizini-
schen Zeitschriften bekannt geworden sein. Es
sei hier kurz erwähnt, daß früher die vorgesetzte
Behörde die sog. „Deputation für die städt. Irren-
pflege" war, eine selbständige Instanz, zusammen-
gesetzt aus Stadtverordneten und Bürgerdeputier-
ten der verschiedenen politischen Parteien, in wel-
cher die vier hiesigen Anstaltsdirektoren Sitz mit



beratender Stimme hatten und deren letzter Vorsitzender ein nicht medizinischer Stadtrat war.

Mit der Einführung des neuen Stadtmedizinalrates begann die Schaffung einer großen zentralen „Gesundheitsdeputation", in welcher die verschiedensten Gebiete der großstädtischen Gesundheitspflege und die Verwaltung der entsprechenden Anstalten von Berlin und seinen Vororten einheitlich zusammengefaßt wurden. Der Vorsitzende dieser großen Deputation ist der Stadtmedizinalrat, der als seine beiden Hauptmitarbeiter auf dem Verwaltungsgebiete zwei in dem schon bestehenden Stadtmedizinalamt tätige Ärzte übernahm, unter denen sich aber kein Psychiater befand.

Innerhalb der zentralen Gesundheitsdeputation bildeten sich bald, ähnlich den früheren selbständigen Deputationen, wieder Unterabteilungen, sog. „Ausschüsse", und zwar für die Krankenanstalten, die Irrenanstalten, die Siechenanstalten und Hospitäler, die Heimstätten, das Rettungswesen, und einige andere.

An der Spitze des die hiesigen vier großen Anstalten verwaltenden „Ausschusses für die Irrenanstalten" — übrigens eines wenig glücklichen Namens — steht nun wieder ein nicht medizinischer Stadtrat, und wie früher in der Deputation haben auch jetzt in dem „Ausschuß" die vier Anstaltsdirektoren Sitz mit beratender (nicht beschließender) Stimme. Die Sitzungen finden etwa alle zwei bis drei Wochen im Rathaus statt.

Äußerlich könnte es also scheinen, als hätte sich gegen früher nicht viel verändert, als sei im wesentlichen alles — abgesehen von dem neuen Namen — noch so wie vor der großen Umwandlung, vor der Zentralisation. In Wirklichkeit besteht aber doch ein Unterschied, denn es darf nicht außer acht gelassen werden, daß zwar die laufenden Verwaltungsaufgaben in den „Ausschüssen" erledigt werden, daß aber alle diese nur Unterabteilungen der zentralen „Gesundheitsdeputation" sind, in der nach einheitlichen Richtlinien verfahren wird und die bindenden Beschlüsse gefaßt werden.

Darum laufen in der Hand von deren Vorsitzendem, nämlich des Stadtmedizinalrates, alle Fäden zusammen, und da dieser seinen Sitz im Stadtmedizinalamt hat, liegt hier letzten Endes die Entscheidung, und der Stadtmedizinalrat ist als Mitglied des Magistratskollegiums der berufene Vertreter der Interessen des ihm anvertrauten weiten und umfassenden Gebietes.

Man glaubt nun in den Kreisen des hiesigen „Verbandes der Irrenärzte der Stadt Berlin", daß den Zeiterfordernissen entsprechend, bei der gewaltigen Vergrößerung des Aufnahmegebietes für die ursprünglich nur für das sog. alte Berlin bestimmte vier Anstalten und den dadurch gewachsenen Aufgaben, auch der Wunsch nach der sog. Fachvertretung gerechtfertigt sei.

Wichtige Fragen scheinen in absehbarer Zeit einer Lösung entgegenzureifen. Um nur eines herauszuheben: bei der stets wachsenden Zahl der Aufnahmen dürfte z. B. bei eingetretener Überfüllung der Anstalten die Frage der Eröffnung der vor dem Kriege erbauten und während des Krieges als Lazarett verwandten zweiten Irrenanstalt Buch zur Entscheidung drängen, da diese zurzeit als Kinderheim benutzt wird und ihre andersartige Verwendung geplant wird. Während früher die jetzt eingemeindeten Vororte ihre Geisteskranken in die Provinzialanstalten von Brandenburg schickten, besonders in das vor den Toren Berlins gelegene Teupitz, fällt jetzt die Fürsorge allein der Stadt Berlin zu und dürften daher auch Abmachungen mit den Provinzialbehörden in kürzester Zeit bevorstehen. Noch andere derartige wichtige Fragen dürften das Stadtmedizinalamt entscheidend beschäftigen, Fragen, bei denen es bedauerlich wäre, wenn das Votum der mit den einschlägigen Verhältnissen doch durchaus vertrauten, erfahrenen Vertreter des Berliner Irrenwesens nicht eingeholt und maßgebend verwandt würde.

Der hiesige Ortsverband richtete daher vor mehreren Wochen an den Stadtmedizinalrat den Antrag auf Einrichtung eines Fachvertreters, wobei bescheidenerweise nicht auf einen hauptamtlich beschäftigten Dezernenten, sondern auf einen nebenamtlich tätigen Referenten hingezielt wurde. Dieser Antrag wurde leider zunächst abgelehnt, es wurde jedoch zugesagt, daß in allen wichtigen Fragen der Neuorganisation unser Ortsverband gehört und hinzugezogen werden solle. Bald darauf wurde auch von seiten des Medizinalamtes eine Kommission von prominenten, ärztlichen und nichtärztlichen, Vertretern des Gesundheitswesens aus Berlin und den neu hinzugekommenen früheren Vororten gebildet, deren Arbeitsprogramm lautet: Vereinheitlichung der Dienstanweisungen und Anstellungsbedingungen usw. Unser Verband wurde aufgefordert, zwei Delegierte zu den Sitzungen dieser Kommission zu entsenden, die im Stadtmedizinalamt tagen soll.

Sie tritt allem Anschein nach nur in großen Zwischenräumen zusammen, bisher vielleicht ein bis zweimal, und war unser Verband zunächst bei den grundlegenden Besprechungen durch zwei Anstaltsdirektoren vertreten, jedoch ist beabsichtigt, gelegentlich auch Vertreter der anderen Ärztekategorien zu entsenden.

Aber die Mitarbeit unseres Verbandes zu diesem inen besonderen Zweck kann nicht über die Lücke inwegtäuschen, die besteht, solange nicht ein Psyiater aus unseren Reihen, der seit Jahren mit en Verhältnissen der hiesigen Irrenanstalten veraut ist, zumindest als Referent vom Medizinalamt nzugezogen und dort dauernd für die Vertretung er laufenden Anstaltsaufgaben gehört wird. auchen doch fast täglich neue Fragen auf, deren rledigung ohne Hinzuziehung des Vertrauensannes unseres Fachverbandes eigentlich nicht enkbar sein sollte, und in der Tat hat sich bisher chon in manchen Fällen das Fehlen eines solchen unliebsamer Weise bemerkbar gemacht.

Unser hiesiger „Verband der städtischen Irrenrzte" steht daher nach wie vor auf dem Standpunkt er Notwendigkeit der Schaffung eines Dezernenn oder wenigstens Referenten, da er nur so den ibungslosen Verlauf bei der Erledigung auftauender Fragen gewährleistet sieht, und zwar soohl auf sachlichem wie auf persönlichem Gebiete, id dies um so mehr, als erst kürzlich die hiesigen rzte in persönlichen Angelegenheiten dem Medinalamt unterstellt worden sind, in dem, wie oben angegeben, kein Fachkollege sitzt, so daß mithin dem hiesigen ärztlichen Personal der Anstalten sogar zwei Behörden übergeordnet sind.

Bemerkt muß hier noch werden, daß die Forderung eines Fachvertreters jetzt auch allgemein von dem hiesigen „Berufsverein der höheren Kommunalbeamten" ernergisch erhoben wird, sowie daß zu der bevorstehenden Besetzung zahlreicher Deputationen mit Bürgerdeputierten auch entsprechende Vorschläge gemacht und durch den Berufsverein Kandidaten genannt worden sind.

Aber selbst wenn günstigsten Falles ein Kollege als Angehöriger einer politischen Partei in der „Gesundheitsdeputation" und dann weiterhin in dem „Ausschuß für Irrenanstalten" Sitz und Stimme erhalten sollte, so würde trotzdem der Wunsch unseres Fachverbandes bei der Fülle der sich bald ergebenden großen Aufgaben durchaus berechtigt bleiben.

Darum haben auch hier die zu Anfang erwähnten Ausführungen Interesse erregt und sieht man der Aussprache und Lösung dieser Fragen auf der Jahresversammlung des Reichsverbandes im April zu Dresden mit gespannter Erwartung entgegen.

Die Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus.

Von Prof. **Wagner-Jauregg**, Wien.

(Schluß.)

Ein klareres und vollständigeres Bild über die chwankungen in der Frequenz der Alkoholpsychon ergeben darum die Zahlen der Wiener psyiatrischen Klinik, da ihr einerseits fast vollzäh alle Formen von Alkoholpsychosen zugehen, die der Großstadt überhaupt vorkommen, und sie derseits ein sehr großes Material hat; sie hatte in Friedenszeiten eine Aufnahmeziffer von Alkoholpsychosen, die größer war, als die aller deutschösterreichischen Irrenanstalten zusammen, im Jahre 1913 z. B. 787 gegen 575 in den Irrenanstalten.

Über die Abnahme der Alkoholpsychosen an der psychiatrischen Klinik gibt Tabelle VI Auskunft.

Krankheitsform	1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
elirium . . .	215	25	121	18	71	20	41	8	13	5	11	3	13	2
lluzinose . .	39	5	50	2	15	9	13	5	5	4	4	—	2	—
rsakoff . . .	6	1	5	5	1	7	1	—	2	1	—	2	1	—
ersuchtswahn	39	1	15	2	13	—	9	—	8	1	—	—	1	1
k. Epilepsie .	28	3	18	8	9	2	5	1	—	—	1	1	1	—
psomanie . .	28	4	14	1	22	2	20	2	12	—	15	—	6	1
k. chronicus .	193	42	151	45	59	32	53	41	37	9	31	6	52	8
usch	145	13	92	17	28	7	30	2	12	—	28	—	41	3
mme	693	94	456	98	218	79	172	59	89	20	90	12	117	15
talsumme . .	787		554		297		231		109		102		132	

Tab. VI. Psychiatrische Klinik in Wien: Aufnahmen von Alkoholpsychosen.

Danach ist die Zahl der Alkoholpsychosen schon vom ersten Kriegsjahre an rasch und kontinuierlich gesunken. Ob aber dieses Sinken bei den Männern nicht teilweise nur ein scheinbares war, läßt sich nicht entscheiden. Es sanken die männlichen Alkoholpsychosen vor allem deswegen, weil die Männer fehlten, die sie hätten bekommen können. Es ist aber nicht festzustellen, wie viele dieser Männer im militärischen Verhältnisse Alkoholpsychosen durchmachten.

Daß die Möglichkeit des Alkoholmißbrauchs in den ersten Kriegsjahren gegeben war, dafür spricht, daß die Zahl der Alkoholpsychosen bei den Frauen in den ersten drei Jahren verhältnismäßig langsam abnahm. Dasselbe zeigen übrigens auch die Zahlen aus den Irrenanstalten. Erst im Jahre 1917 erfolgte auch bei den Frauen der entscheidende Abfall.

Es hängt das offenbar zusammen damit, daß der scharfe Rückgang der Branntweinerzeugung, von dem später die Rede sein wird, sich erst 1917 geltend gemacht haben dürfte; eine Vermutung, deren Richtigkeit mir von kompetenter Seite bestätigt wurde.

Es scheint also, daß in der Abnahme der Trunksucht zwei Abschnitte zu unterscheiden sind. Im ersten nötigte der hohe Preis der alkoholischen Getränke bei noch nicht hinlänglich gestiegenen Löhnen zur Mäßigkeit; im zweiten Abschnitte fehlte aber einfach die zur Unmäßigkeit nötige Menge von Branntwein.

So mußten denn auch die aus dem Felde heimgekehrten Männer, gewiß vielfach gegen ihre Neigung, trotz ausgiebigster Steigerung der Löhne, mäßig bleiben resp. sich dem weniger bedenklichen Weingenusse hingeben. Daher auch im Jahre 1919 eine nur geringfügige Zunahme der Alkoholpsychosen, die sich bisher nur an der psychiatrischen Klinik gezeigt hat, während die Irrenanstalten noch im Zeichen der Abnahme stehen, was darauf hinzudeuten scheint, daß die Alkoholpsychosen nicht nur seltener, sondern auch weniger schwer geworden sind.

Wenn wir die einzelnen Formen von Alkoholpsychosen durchgehen, zeigt sich, daß die Alkoholpsychosen im engeren Sinne viel beträchtlicher abgenommen haben, als der einfache chronische Alkoholismus einerseits, die Rauschzustände, einschließlich der pathologischen, anderseits. Nur die Dipsomanie reiht sich in der Langsamkeit des Abfalles den letztgenannten Störungen an.

Für die psychiatrische Klinik war die an und für sich erfreuliche Tatsache der Abnahme der Alkoholpsychosen eine gewisse Verlegenheit, indem Demonstrationsmaterial fehlte. Speziell d Delirien, deren sich in Friedenszeiten immer me rere zugleich an der Klinik befanden, wurden selten, daß es in manchem Semester Schwierigk ten gab, ein demonstrables Alkoholdelirium vorz stellen.



Im Laufe des letzten Halbjahres haben sich ab die Alkoholdelirien an der Klinik wieder eingeste wenn auch noch immer in geringer Zahl.

In zwei Punkten zeigen aber die Alkoholdelir einen geänderten Charakter gegenüber den Delir der Friedenszeit.

Damals sahen wir Alkoholdelirien fast a schließlich bei Schnapstrinkern; ein Delirium einem bloß Wein Trinkenden war eine außerorde liche Seltenheit, und die Weinmengen, um die sich dann handelte, waren sehr bedeutende. I Schnapsmengen, welche unsere Deliranten zu tr ken pflegten, waren 0,5 bis 1 Liter Schnaps im T und mehr.

Jetzt spielt in Wien der Schnaps der Ätiologie von Alkoholpsychos und speziell von Delirium fast g keine Rolle. Die Deliranten sind fast a schließlich Menschen, die bloß Wein trinken; u die Mengen von Wein, deren habitueller Ge hinreicht, um gegebenenfalls zu einem Delirium führen, sind verhältnismäßig geringe. Ein täglic Konsum von 1,5 bis 2 Liter Wein reicht manch schon hin, Quantitäten, die in Friedenszeiten zu einem Delirium geführt hatten.

Aber noch in einer anderen Richtung zeigen Alkoholdelirien einen anderen Charakter; sie v laufen milder, und Todesfälle, die in Friedenszei bis zu 15 v. H. aller Delirien betrugen, komm nicht mehr vor.

Angesichts der Abnahme des Alkoholmißbr ches, die in dem Rückgang der Alkoholpsycho einen numerischen Ausdruck findet, mußte es Interesse sein zu erfahren, in welchem A maße denn der Alkoholmißbrauch Kriege und in der Nachkriegszeit ab nommen hat.

In dieser Richtung läßt sich auf Grund a licher Daten für das Gebiet von Deutsch-Österr folgendes sagen.

Der Biererzeugung stand während des Krie immer weniger Rohstoff und fast keine Gerste Verfügung. Sie sank trotzdem, wie Tabelle zeigt, in den ersten Jahren nur langsam, da sie verschiedener Ersatzstoffe bediente, unter de Roßkastanien eine große Rolle spielten.

Erst in den letzten beiden Kriegsjahren fiel

scher, so daß der Konsum 1916-17 nur etwas ehr als ein Zehntel der Friedensziffer erreichte.

Seither ist die Ziffer wieder eine steigende, ch ist außerdem der Alkoholgehalt des Bieres st langsam, seit 1917 aber rasch gesunken, bis schließlich weniger als die Hälfte des Gehaltes s Friedensbieres betrug, so daß das gegenwärtig nossene Bier kaum imstande ist, eine nennenserte Alkoholwirkung zu entfalten.

Jahr	Bierverbrauch	Gradhaltigkeit der Stammwürze
1912/13	7 070 172	11,4
1913/14	6 799 704	11,4
1914/15	5 433 155	11,2
1915/16	4 117 322	10,8
1916/17	849 079	9,4
1917/18	1 185 973	5,2
1919	2 758 134	5,0

Tab. VII. Verbrauch von Bier in Hektolitern in Deutsch-Österreich.

Der Bierkonsum ist demnach von einem Quanm von etwa 109 Litern mit 2,75 Volumprozenten koholgehalt je Kopf der Bevölkerung i. J. 1912-13 f weniger als 13,5 Liter eines Bieres von 1,25 H. Alkoholgehalt im Jahre 1917-18 gesunken.

Der durch Biergenuß vermittelte Alkoholkonm betrug daher 1917-18 weit weniger als ein hntel des Friedenskonsums.

Seither, im Jahre 1919, ist der Bierkonsum der uantität nach auf mehr als das Doppelte des letzn Kriegsjahres gestiegen, der Alkoholgehalt blieb er unverändert niedrig.

Wenig beeinflußt vom Kriege blieb die Erzeung von Wein; und da man ihn einer anderen erwendung nicht zuführen konnte, wurde er auch trunken.

Unsere Statistik ist aber durch den Krieg und e Zerstückelung Österreichs einigermaßen in Undnung geraten. Ich verfüge daher nur über die hlen des Weinkonsums von Wien. Doch ist der einkonsum im übrigen Deutsch-Österreich viel ringer als in Wien, zudem örtlich sehr verschien, je nachdem es sich um eine weinbautreibende gend handelt oder nicht.

In Wien ist, wie aus der Tabelle ersichtlich, der einverbrauch bis zum Jahre 1917 gesunken, so ß auf den Kopf der Bevölkerung nur mehr etwa ,5 Liter kamen, gegen etwa 34,5 Liter im Jahre 12. Dagegen ist der Verbrauch im Jahre 1918, s doch fast noch zur Gänze Kriegsjahr war, schon st bis zur Zahl von 1919 gestiegen, und im Jahre

Jahr	Wein	Obstmost
1912	721 723	11 367
1913	587 888	18 876
1914	494 834	13 655
1915	509 685	23 638
1916	469 594	98 096
1917	428 039	68 930
1918	555 810	113 394
1919	686 842	39 129

Tab. VIII. Verbrauch von Wein und Obstmost in Hektolitern im Gebiete von Groß-Wien.

1919 ist der Verbrauch, wenn man die Verringerung der Bevölkerung um fast 300 000 Einwohner in Betracht zieht, schon bis zur Friedensziffer gestiegen, so daß etwa 34,5 Liter auf den Kopf der Bevölkerung entfallen. Bei dem Ausfall an anderen alkoholischen Getränken ist der Verbrauch von Obstmost, der in Wien in Friedenszeiten eine verschwindende Rolle spielte, beträchtlich gestiegen, schließlich bis zum Zehnfachen der Friedensziffer. Doch kommt dieses Getränk wegen seines geringen Alkoholgehaltes nicht sehr in Betracht.

Am wenigstens eingehend sind leider die Nachrichten, die ich über das für die Alkoholschäden wichtigste Getränk, den Branntwein, erhalten konnte.

Es stehen mir da nur zwei Ziffern zur Verfügung. Der Verbrauch an steuerpflichtigem Spiritus einschließlich des Edelbranntweins hat in den letzten Friedensjahren im alten Österreich, auf absoluten Alkohol umgerechnet, 3,8 Liter je Kopf der Bevölkerung betragen. Diese Durchschnittsziffer dürfte nach Ansicht der Steuerbehörde auch für das Gebiet des heutigen Deutsch-Österreich zutreffend gewesen sein.

Für das Betriebsjahr 1918-19 berechnet die Steuerbehörde für Deutsch-Österreich einen Verbrauch von 0,4 Liter absoluten Alkohol, von dem aber noch ungefähr 20 v. H. in Abzug zu bringen sind für den Alkohol, der zu pharmazeutischen und industriellen Zwecken verwendet wurde. Anderseits ist in der Ziffer nicht inbegriffen die steuerfreie Alkoholerzeugung der landwirtschaftlichen Hausbrennereien, die allerdings nur auf die ländlichen Kreise beschränkt ist.

Es dürfte unter Berücksichtigung des letzteren Umstandes die Ziffer 0,4 Liter doch ziemlich zutreffend sein für den Verbrauch an Trinkbranntwein.

Es ist demnach der Verbrauch an Trink-



branntwein fast auf ein Zehntel des Friedenskonsums herabgesunken.

Diese Verminderung verteilt sich aber nicht gleichmäßig auf die Städte und die ländlichen Bezirke, da das Erzeugnis der Hausbrennereien nur den letzteren zugute kommt.

Speziell Wien dürfte im Branntweinverbrau erheblich unter dem Durchschnitte sein. De Alkoholismus in Wien ist daher gege wärtig fast ausschließlich Weinalkoholi mus.

Kreisarztprüfung oder Fachprüfung?

Von Dr. **Ulrich Vollrath,** Oberarzt in Teupitz (Teltow).

Die Frage der Kreisarztprüfung als eines Mittels zur Hebung des irrenärztlichen Standes und seines Ansehens beginnt wieder in den Vordergrund des Interesses zu rücken, besonders nachdem diese Frage Gegenstand der Erörterungen seitens der preußischen Provinzialverwaltungen geworden ist und die einzelnen Standesvereine und der Reichsverband dazu Stellung nehmen müssen. Der R. V. hat ja zwar schon in seinem Entwurfe der „Richtlinien" die Ablegung der Prüfung „im allgemeinen empfohlen", doch handelt es sich eben um einen Entwurf und um keine endgültige Stellungnahme. Es sei mir gestattet, nachstehend einige Gesichtspunkte zu der Frage zur Erörterung zu stellen.

Was will man mit der Forderung der staatsärztlichen Prüfung bezwecken? Die „Richtlinien" sprechen die Ansicht aus, daß durch die Kreisarztprüfung dem Anstaltsarzte beruflich wie sozial fördernde Kenntnisse vermittelt werden. Mit dieser Frage beschäftigt sich schon Rein („Standesfragen", dies. Jahrg. H. 29-30) und kommt dabei zu einer Ablehnung. Ich kann nur auf seine Darlegungen verweisen, da ich ihm hierin vollkommen zustimmen muß, ebenso auch seiner Ansicht, daß die Kreisarztprüfung kein Prüfstein für die Berufseignung ist.

Die „Richtlinien" führen weiter die Erleichterung des Überganges in die amtsärztliche oder sonstige sozialmedizinische Laufbahn ins Treffen. Das ist richtig, zieht aber nicht in Betracht, daß das, was ich mit negativer Auslese bezeichnet habe („Zur Psychologie der Standesfragen", dies. Jahrg. H. 37/38), dadurch noch mehr befördert wird. In der Provinz Brandenburg ist es jedenfalls so gewesen, daß fast alle jüngeren Ärzte, die die Kreisarztprüfung abgelegt hatten, alsbald der Anstaltslaufbahn den Rücken kehrten. Da neuerdings die Gemeinden für fast alle ihre Arztstellen (Schularzt, Stadtarzt, Fürsorgearzt usw.) kreisärztlich geprüfte Bewerber suchen, so ist das Angebot für diese noch viel größer als früher, wo nur die Staatsstellen in Betracht kamen. Nun werden wa scheinlich die Provinzialverwaltungen, um die b dige Abwanderung zu verhüten, eine Sperrfrist s zen wollen, von ihrem Standpunkte aus verstä lich, besonders wenn sie zu den Kursen, zur V bereitung usw. längeren Urlaub oder gar Geld terstützungen gegeben haben, — wie sie schon f her bei längeren Abkommandierungen an Klinik sich vor der Abwanderung durch eine Art Konv tionalstrafe zu sichern suchten —, aber, sel wenn die Beschränkung durch eine Sperrf nicht gegen die guten Sitten verstoßen sollte, kann man im Ernste daran denken, einen Arzt, durchaus hinausdrängt, sein Interesse an der staltslaufbahn und -tätigkeit verloren hat, mit walt zurückzuhalten und von ihm ein ersprießlic Wirken zu erzielen?

Ob sich die Beschäftigung mit sozialer Medi und sozialer Psychiatrie, die durch die Vorbe tung auf die Staatsprüfung erforderlich wü dann später auch praktisch auswirken wird, doch die große Frage, ich glaube, noch so gro Wissen, wenn es zwangsmäßig angelernt wird nicht inneres Besitztum geworden ist, ersetzt n lebendigen sozialen Geist und soziales Denke die in besonderer Veranlagung wurzeln, beson ren affektiven Bedürfnissen entsprechen. Wer veranlagt ist, sucht sich die nötigen Kenntni auch ohne Rücksicht auf Prüfungen zu erwerb wer die entsprechenden Affekte nicht hat, des Wissen bleibt tot.

Nun soll eine Prüfung überhaupt, sei es Sta oder sei es Fachprüfung, das Ansehen des Stan heben (Rein). Wie steht es in Bayern, Hes Sachsen? Ist dort etwa der Stand angesehener in den anderen Bundesstaaten oder nimmt er nicht etwa auch teil an der allgemeinen Unter wertung, die die irrenärztliche Arbeit nun ke einmal überall auf Grund von Vorurteilen erfä

[1] Wer sähe nicht besser als die Nervenärzte verheerenden Wirkungen des Alkohols und des Alko lismus, und wieviele von den Psychiatern sind abstin



Hebung des Standes ist hauptsächlich durch Hebung der Leistungen, durch Hebung des wissenschaftlichen Sinnes bedingt, also sorge man lieber für gute, auf der Höhe der Wissenschaft stehende medizinische Allgemeinbildung als Grundlage und für Bedingungen, durch die mehr therapeutische Erfolge erzielt werden können; ich kann hier nur wieder auf die guten Erfolge psychoanalytisch gerichteter Psychotherapie hinweisen. Daß n der Psychiatrie nicht in allen Fällen Heilungen oder Besserungen möglich sind, wird zugegeben, aber büßt die Chirurgie ihr Ansehen dadurch ein, daß viele Eingriffe ohne Erfolg bleiben oder Todesfälle während dieser oder kurz nach ihnen vorkommen?

Also ärztliche Persönlichkeiten in die Anstalten und nicht Arztbeamte, mögen sie durch noch so viel Prüfungen gegangen sein. Und man nehme die Persönlichkeiten, woher sie auch kommen. Die Ärzte, die aus mitunter langjähriger Praxis in die Anstalten kamen, waren nicht immer die schlechtesten Anstaltsärzte. Auf sie, auf dies erfrischende, in der allgemeinen Medizin und in der „ärztlichen Psychologie" meist recht bewanderte Element müßte man verzichten, würde man die Kreisarztprüfung verlangen, denn die wenigsten von diesen würden sich noch der Ablegung der Prüfung unterziehen können und mögen.

Wer verlangt von den Professoren und ihrem Nachwuchse die staatsärztliche Prüfung? Und doch soll jeder Universitätslehrer, jeder Medizinalpraktikanten ausbildende Krankenhausleiter die soziale Seite der Medizin betonen, in den jungen Medizinern und Ärzten den sozialmedizinischen Geist möglichst wecken und bilden, jeder Professor soll in der Prüfung die gerichtlich-medizinische Seite seines Faches berücksichtigen; alle kommen diesen Verpflichtungen nach, ohne daß sie gerade die Kreisarztprüfung haben ablegen müssen.

Mit Recht ist auch darauf hingewiesen worden, daß die preußische Regierung es nicht für nötig befunden hat, von den leitenden Ärzten der Privatanstalten, obwohl sie doch mit einer ganzen Reihe medizinalgesetzlicher Bestimmungen täglich zu tun haben, die staatsärztliche Prüfung zu verlangen.

Es spräche also manches gegen die Forderung der Kreisarztprüfung. Nun gut, dann eine Fachprüfung! Wer verlangt aber von den anderen Fachärzten eine Fachprüfung, wer von den Rechtsanwälten, die Spezialisten für, sagen wir einmal Steuerrecht oder Handelsrecht werden, wer von den sich auf ein Sondergebiet legenden Ingenieuren? Alle diese erweisen die Berechtigung, sich Spezialisten zu nennen, nur durch ihre Leistungen und wollen von einer Prüfung nichts wissen, warum soll dies den Psychiatern allein vorbehalten sein? In meinem letzten Aufsatze („Zur Psychologie der Standesfragen") habe ich schon angedeutet, daß in diese Forderungen unbewußte Strömungen einmünden, ich muß es mir aber auch hier versagen, eine ausführliche psychoanalytische Begründung dafür zu geben.

Gegen eine Prüfung überhaupt müßte man sich schon deswegen wenden, weil es gegen das Gefühl sein sollte, wenn die beati possidentes ihrem Nachwuchse möglichst die Bedingungen des Fortkommens erschweren. Wie oft ist den Tierärzten, Zahnärzten, Apothekern, wohl nicht immer mit Unrecht, vorgehalten worden, daß sie sich mit der Forderung immer höherer Vorbildung nur die Konkurrenz vom Leibe halten wollten, und dabei ist noch zu berücksichtigen, daß ihnen allen das berechtigte Bestreben, ihren Stand zu einem vollakademischen zu machen, zur Seite stand.

Den allgemeinen Zug, der in unserer materiellen Zeit zu liegen scheint, nur von Prüfungen, Berechtigungsscheinen das Heil zu erwarten, nur die dadurch abgestempelte Persönlichkeit gelten zu lassen, sollten die Psychiater doch nicht mitmachen. Eine Prüfung und besonders eine Fachprüfung wird immer die Neigung bekommen, den Hauptwert auf den Gedächtnisstoff zu legen, weil sie das Irrationale des Berufes (von „berufen" sein!) und der dahinterstehenden Persönlichkeit nicht recht fassen kann. Und das ist es doch gerade, was den Mediziner erst zum Arzte macht. Wissen und Kenntnisse schaden sicherlich niemanden, ebenso sehr kommt es aber auch auf die affektiven Triebkräfte an, die das Wissen lebendig machen müssen. Wo man hinsieht, diese Überschätzung des in Zahlen, Kurven und Tabellen Ausdrückbaren, der Götzendienst vor dem „Exakten", das Vernachlässigen des Gefühlsmäßigen, der Affektivität. Man denke nur, um ein der Psychiatrie benachbartes Gebiet zu nennen, an die Begabtenauslese, an die Berufseignungsprüfungen, die die Ergebnisse ihrer Tests schön zahlenmäßig nebeneinanderstellen, die Affektivität aber unter den Tisch fallen lassen (und infolgedessen doch nicht so sicher sind als man ursprünglich glauben machen wollte), und an die Forderung des besonderen psychologischen Unterrichtes für Mediziner. Wie heißt es so richtig in dem Aufsatze des Herausgebers dieser Zeitschrift („Für unsere Medizinstudierenden", dies. Jahrg. H. 27-28), der mir aus der Seele gesprochen ist: „Daß mit psychologischem Wissen nicht psychologischer Takt und Menschenkunde eingeimpft wird, ist klar. Letzteres erwerben und besitzen viele, die nie ein

Lehrbuch der Psychologie geschaut. Das ist eben Anlage und Neigung." Wenn von juristischer Seite so viel Wert auf eine Prüfung gelegt wird, (sehr treffend ist gesagt worden, die Verwaltungen sind so besorgt um weitere Prüfungen ihrer Ärzte, wann werden sie denn nun von ihren Landesassessoren und Landesräten den Dr. jur. verlangen?), so sollten die Psychiater ihnen klar machen, daß noch so viel Prüfungen nicht Hebung der ärztlichen Tüchtigkeit gewährleisten und daß wir ihrem formaljuristischen Standpunkte einen psychologisch zu rechtfertigenden Standpunkt entgegensetzen müssen, sonst — um mit den Worten des Breslerschen Aufsatzes zu schließen — wären wir eben keine Psychologen.

(Abgeschlossen Anfang Dezember 1920.)

Mitteilungen.

— **Reichsverband.**

I. An den Vorsitzenden des Reichsverbandes sind von Herrn Geh. Med.-Rat Tuczek, Marburg, folgende Mitteilungen gelangt:

1. Diesseits ist das Zustandekommen eines dreiwöchigen Kursus vom 10. bis 29. Oktober dieses Jahres gesichert.
2. Vorgeschlagen werden folgende Fächer:
   a) Innere Medizin (Prof. Schwenkenbecher),
   b) Chirurgie (Prof. Laewen),
   c) pathologische Anatomie (Prof. Löhlein),
   d) Hygiene, Neue Forschungen über Immunitätsfragen (Prof. Bonhoff),
   e) Geschlechtskrankheiten, insbesondere moderne Syphilisbehandlung (Prof. Ruels).
3. Als Honorar sind 200 M für Teilnahme des Einzelnen an dem Gesamtkursus in Aussicht genommen, in der Voraussetzung, daß die Kosten von den delegierenden Ländern bzw. Provinzen übernommen werden.
4. Zur Vorbereitung aller Einzelheiten haben sich die Kollegen Stabsarzt Dr. Scharnke, Oberarzt an der psychiatrischen und Nervenklinik, und Prof. Jahrmärker, Direktor der Landesheilanstalt, bereit erklärt. Diese würden auch für Unterkunft der Kursteilnehmer sorgen, welche in den Universitätsferien keine Schwierigkeit machen wird.

Unter Hinweis auf obige Mitteilungen bitten wir um weitere Anmeldungen für diesen Kurs.

II. Es mehren sich die Anfragen über die definitive Regelung der Besoldung sowie über Dienstbezeichnung und Aufrückungszeiten der festangestellten Ärzte. Wir bitten deshalb, auch um auf der Jahresversammlung das nötige Material zur Verfügung zu haben, alle Einzelverbände um umgehende Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie ist die endgültige Einreihung in die Gehaltsklassen und Berechnung der Emolumente?
2. Wie wird das Dienstalter berechnet?
3. Nach wieviel Dienstjahren als Hilfs-(Assistenz-)Arzt findet feste Anstellung statt? Ist die Dienstbezeichnung der Ärzte bei ihrer festen Anstellung Abteilungsarzt, Anstaltsarzt und ähnlich oder sogleich Oberarzt?
4. Falls die Dienstbezeichnung nicht gleich zu Anfang „Oberarzt" ist, nach wieviel Jahren tritt dann die Ernennung zum Oberarzt ein?
5. Nach wieviel Jahren findet die Beförderung zum ersten Oberarzt, leitenden Oberarzt, stellvertretenden Direktor usw. statt?
6. Gibt es Verwaltungsbezirke, in denen Ärzte dauernd den Titel Anstaltsarzt, Abteilungsarzt oder ähnliche führen, wenn sie nicht zu Oberärzten, ersten Oberärzten oder stellvertretenden Direktoren befördert werden?
7. In einem Verwaltungsbezirk wird beabsichtigt, den in Gruppe 10 eingereihten Ärzten kein steigendes, sondern ein feststehendes Gehalt zu geben. Besteht etwa eine derartige gesetzwidrige Absicht auch noch anderswo?

III. Einzelne Verbände haben über ihre Stellungnahme zu den „Richtlinien" noch keine Mitteilung gemacht. Wir bitten um recht baldige Mitteilung.

IV. Uns ist vom Bund höherer Beamter folgende Mitteilung zugegangen:

Wir können die erfreuliche Mitteilung machen, daß der B. h. B. von jetzt ab wieder zu den Verhandlungen der Behörden mit dem sog. Gutachterausschuß zugezogen werden wird, in dem der Deutsche Beamtenbund, der Deutsche Gewerkschaftsbund und der Allgemeine deutsche Gewerkschaftsbund vertreten sind.

Der D. B. B. hat erklärt, daß er seinen am 1. September 1920 erhobenen Einspruch gegen die Zuziehung des B. h. B. nicht mehr aufrecht erhält.

Demnächst finden Verhandlungen statt über die Ortsklasseneinteilung, die Amtsbezeichnungen und die Ausführungsbestimmungen zum Besoldungsgesetz. Der Entwurf der Ausführungsbestimmungen zum Beamtendiensteinkommensgesetz vom 17. Dezember 1920 ist soeben in R. v. Deckers Verlag, Berlin SW. 19, Jerusalemer Straße 56, erschienen.

Im Auftrage: Dr. Hussels.

— Die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** findet am 25. und 26. April 1921 in Dresden statt. Als Referate sind vorgesehen: 1. Schaffung eines neuen Irrengesetzes (Ref.: E. Schultze, Göttingen; jur. Korref.: Kahl, Berlin), 2. Die Spirochäten im Zentralnervensystem bei progressiver Paralyse und multipler Sklerose (Ref.: Jahnel, Frankfurt a. M., und Hauptmann, Freiburg i. B.). Anmeldungen zu Vorträgen erbeten bis 20. März an Dr. Hans Laehr, Wernigerode, Organistenstraße 1.



Referate.

— **Zur Ätiologie der multiplen Sklerose.** Von Dr. Fritz Kalberlah, Direktor der Frankfurter Kuranstalt Hohemark. Deutsch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 4.

Bei zwei relativ frischen Fällen von multipler Sklerose gelang es durch Überimpfung von Liquor und Blut auf Kaninchen in dem einen Falle ein mit Lähmungen einhergehendes Krankheitsbild zu erzielen, wobei noch zu Lebzeiten des Tieres eine Spirochäte im Blut gefunden wurde; im anderen zahlreiche, einwandfreie Spirochäten in den Blutgefäßen und im Gewebe der Leber, in Übereinstimmung mit früheren Beobachtern (Kuhn, Steiner).

— **Zur logischen Grundlage der Psychopathologie.** Von Adolf Hoppe, Rinteln. Zeitschr. für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1919 Bd. 51 Heft 4-5.

Verf. äußert sich in seiner bekannten klaren und scharf umrissenen Weise ausführlich zu obigem Thema unter Berücksichtigung der bisher hierüber von anderer Seite mitgeteilten Ansichten, wobei er u. a. mit Recht Kronthal widerlegt. Für die Möglichkeit, Geisteskrankheiten wissenschaftlich zu erfassen, stehen uns drei Wege zur Verfügung: einmal die Untersuchung des körperlichen Verhaltens, zweitens die psychologische Analyse der kranken Persönlichkeit und drittens die psychopathologische Fragestellung; diese Untersuchung soll sich lediglich mit dem Weltbild des Geisteskranken und seinen typischen Veränderungen gegenüber dem des Gesunden befassen. Daß eine solche erkenntnistheoretische Behandlung des Inhalts der Psychose möglich ist, will Verf. in einer besonderen Arbeit dartun, der man mit Interesse entgegensehen kann.

Kürbitz, Sonnenstein.

Buchbesprechungen.

— Erben, Prof. Dr. Siegmund, Wien, Diagnose der Simulation nervöser Symptome auf Grund einer differentialdiagnostischen Bearbeitung der einzelnen Phänomene. Ein Lehrbuch für Praktiker. Mit 25 Textabbildungen und drei Tafeln. 2., vielfach ergänzte und erweiterte Auflage. 254 S. Berlin, Wien 1920, Urban & Schwarzenberg. Brosch. 38 M, geb. 50 M.

Dem Plan des Buches gemäß wird die Simulation nervöser Symptome bei folgenden Krankheiten und Symptomen behandelt: Nervosität, Neurasthenie, Unfallneurosen (S. 1 bis 65), Anästhesie, Hypästhesie, Parästhesie, Schmerz, Hyperästhesie, Kreuzschmerz, Rückenschmerz, Schmerzen im Bein, Ischias, Lähmung, Kontrakturen, Zittern, Rombergsches Phänomen, Haltungsanomalien, Gang, Muskelschwund, vasomotorische Erscheinungen, Reflexbewegungen, Hautreflexe, Schwindel, Krankheitsgefühl, Anfälle von Ohnmacht, Epilepsie, Hysterie, Koma, psychische Depression, hypochondrisch-querulatorische Verstimmung, Blödsinn, Stupor. Ein Sachregister ist beigegeben. Besonders eingehend ist Ischias behandelt (S. 108 bis 129).

Man hat überall den Eindruck, daß ein vielerfahrener Arzt seine reichen Kenntnisse und sein gereiftes Urteil dem Buch zugrunde gelegt hat. Es wird vielen ein nützlicher Ratgeber sein.

B.

— Klinisches Wörterbuch. Die Kunstausdrücke der Medizin. Erläutert von Dr. med. Otto Dornblüth, Sanitätsrat in Wiesbaden. 9. wesentlich vermehrte Auflage. 305 S. Berlin und Leipzig 1919, Vereinigung wissenschaftl. Verleger Walter de Gruyter & Co.

Es ist erfreulich und verdienstlich, daß dieses sehr nützliche Buch mit der Zeit fortschreitet. Beinahe möchte man sagen: es ist bedauerlich, daß es wegen des Auftauchens immer neuer Fremdkörper von Zeit zu Zeit seinen Umfang vergrößern muß. Aber daran ist nun nichts zu ändern, obgleich z. B. Deycke im Vorwort zu seinem „Praktischen Lehrbuch der Tuberkulose" (1920) sagt, die deutsche Sprache sei reich genug, um der allermeisten Fremdworte zu entraten.

So wird auch der Arzt oft in die Lage versetzt, dieses Buch zu Rate zu ziehen, namentlich bei der so häufigen Bezeichnung von Symptomen nach ihrem Entdecker, und dann bei Ausdrücken auf medizinischen Spezialgebieten. Sehr nützlich ist es auch, daß die Herkunft und Ableitung der Fremdwörter angegeben ist.

— Tandler, Dr. J., Prof. der Anatomie, und Ranzi, Dr. E., Prof. der Chirurgie, beide an der Universität Wien, Chirurgische Anatomie und Operationstechnik des Zentralnervensystems. Mit 94 zum großen Teil farbigen Figuren. 159 S. Berlin 1920, Verlag von Julius Springer.

Dieses Buch — Ausstattung, Papier, Druck, Illustrationen, hätten in unserer besten Vorkriegszeit nicht glänzender sein können — gewährt einen vorzüglichen Überblick über die großartigen Leistungen der Gehirn- und Rückenmarkschirurgie, genaue Schilderung der Indikationen und der Operation selbst, kritische Erörterungen über die verschiedenen Methoden bei den einzelnen operativen Eingriffen und ihre Erfolge sowie endlich geschichtliche Hinweise. Die farbigen Reproduktionen (Maler Hajek) können kaum übertroffen werden; man glaubt das lebendige Operationsfeld vor sich zu sehen. Auch die Funktion des Gehirns und des Rückenmarks werden genau beschrieben und illustriert, die Durchschneidung der hinteren Wurzel, die Laminektomie, die Trepanation der Optikusscheide, der Balkenstich, die Freilegung der Hypophyse, die Exstirpation des Ganglion Gasseri, die Operation des otogenen Hirnabszesses usw. Ein 214 Nummern umfassendes Literaturverzeichnis ist angefügt. Die Kriegserfahrungen sind selbstverständlich berücksichtigt.

Auch der Psychiater wird gut tun, das vorzügliche Buch zu studieren.

Therapeutisches.

— **Ovoglandol.** Munk (Berlin. klin. Wochenschr. 1919 Nr. 51 S. 1205) unternimmt den Versuch, „die Hypertonie als Krankheitsbegriff" zu bestimmen. Als Ausgangspunkt der Hypertonie scheint nicht nur eine Dysfunktion der Nebenniere — eine Hyperadrenalin-

ämie — in Frage zu kommen, worauf Neußer und Wiesel hingewiesen haben, sondern es könnten auch andere epikrine Drüsen damit in Verbindung gebracht werden. So hat Gluzinski besonders auf die Geschlechtsfunktion hingewiesen. Diese Annahme wird gestützt durch die klinischen Erfahrungen des Verf.s, welcher bei Frauen als Ursache der Hypertonie neuerdings häufig Abweichungen von der Norm der Geschlechtsfunktion feststellen konnte. In solchen Fällen hat Verf. die Symptome durch Ovoglandol günstig beeinflussen können.

— **Das Pubertätsbasedowoid.** Ein Beitrag zur Klinik der Hyperthyreosen im Pubertätsalter. Von C. Pototzky. Deutsch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 4.

Guter Erfolg von Ovaraden (-Triferrin), das P. auch bei den übrigen Pubertätshyperthyreosen empfiehlt, besonders beim Hyperthyreoidismus pseudochloroticus (Pseudochlorose) und bei allgemein-nervösen Beschwerden in der Pubertät ohne Schilddrüsenvergrößerung.

Personalnachrichten.

— **Pforzheim.** Der Direktor der hiesigen Heil- und Pflegeanstalt, Herr Medizinalrat Dr. Barbo, ist am 24. Februar nach kurzem, aber schwerem Krankenlager verschieden.

— **Klingenmünster.** Obermedizinalrat Dr. Wilhelm Eccard, Direktor der Kreis-Kranken-Pflegeanstalt in Frankenthal (Pfalz), ist am 15. Februar 1921 in Heidelberg gestorben. Er war seit 1905 dort Direktor, nachdem er vorher seit 1893 in Klingenmünster Hilfs- bzw. Oberarzt war.

Diese Nummer enthält einen Prospekt der Firma **Kalle & Co., Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.** welchen wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Zwe[illegible]dzwanzigster Jahrgang. Nr. 51/52. 1920/21.

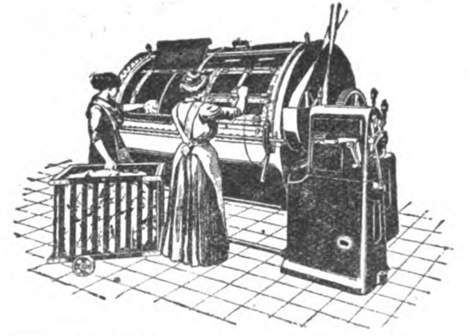
Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

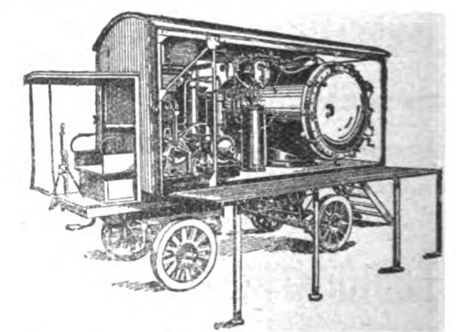
Schriftleiter: Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien).

Verlag und Ausgabe: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.



J. Steigerwald u. Comp. Heilbronn a. N.
Natürliche Fruchtsäfte mit Zucker eingekocht
Für die Limonadenfabrikation:
Essenzen — Grundstoffe — Sirupe
aller Geschmacksrichtungen.
Grundstoffe für alkoholfreie Heißgetränke
mit punschähnlichem Geschmack.
Nur erstklassige, preiswerte, überall bewährte Erzeugnisse.
Man verlange ein Angebot Nr. 20.
FABRIK-
MARKE
JSCO





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Verbandsorgan des Reichsverbands beamteter deutscher Irrenärzte.

Organ der Vereinigung aus der Ostmark vertriebener Irrenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Schriftleiter:

Sanitätsrat Direktor Dr. **Johannes Bresler**, Kreuzburg (Oberschlesien).

Nr. 51/52. 26. März **1920/21.**

Bezugspreis: M 7,50 für das Vierteljahr, die Abonnementspreise für das Ausland werden nach der vom Deutschen Buchhandel vorgeschriebenen Verkaufsordnung für das Ausland berechnet. Zu beziehen durch jed. Buchhandlung, d. Post u. unmittelbar vom Verlage. Erscheint bis auf weiteres vierzehntägig in Doppelnummern.

Verlag und Ausgabe:
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S., Mühlweg 26
Fernsprecher 6823 — Telegr.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale
Postscheck: Leipzig 32070.

Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Kreuzburg (Ob.-Schl.) zu richten. Bei Anfragen ist das Rückporto beizufügen.

Anzeigenpreis: 1 mm Höhe und 55 mm Breite wird mit 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt.

Zum Kapitel der „Schlafkrankheit".

(1. Encephalitis epidemica — Progressive Paralyse.)

Von Dr. **Lachmund**, Oberarzt an der Provinzialheilanstalt Münster, Westfalen.

jüngster Zeit kamen in der hiesigen Anstalt (rankheitsfälle zur Beobachtung, die anfäng- auf Grund ihrer psychischen und körperlichen nptome als Progressive Paralyse gedeutet rden. Der Verlauf war jedoch günstig, so daß nach mehrmonatigem Verlauf als „geheilt" ent- sen werden konnten.

1. Fall. Fräulein A., Näherin, 48 Jahre alt, rde am 25. Mai 1920 hier wegen Geistesstörung bsuchtsanfälle) eingeliefert. Spätere Anamnese: eimal Gelenkrheumatismus 1898 und 1911, sonst ne schweren Krankheiten, keine Lues, kein Po- Ganz akut erkrankt. — Sie war in der ersten t sehr erregt, zeigte zeitweise so heftige motori- e Agitation, daß beim Auf- und Niederspringen Kranken im Bett der Sprungrahmen in Stücke. Eine besondere Form der Bewegungsunruhe außerdem in den oberen Extremitäten zu ennen, die einen feinschlägigen Tremor zeig- und stundenlang in an sich geordneten, r zwecklosen Bewegungen hin und her bewegt wurden. Dabei war Pat. zeitlich und örtlich desorientiert, verkannte die Situation und die Personen der Umgebung, war in allerhand religiösen Wahnvorstellungen befangen, hatte massenhaft Sinnestäuschungen, besonders Gehörstäuschungen, antwortete oft auf Halluzinationen. In ihren Äußerungen war sie ganz unzusammenhängend, führte die Sätze nicht zu Ende, wurde durch äußere Sinneseindrücke abgelenkt, kam ohne sichtlichen Zusammenhang von einem aufs andere. Sie machte einen ratlosen Eindruck und sah bei Anrede oft wie aus einem Traume auf, war zeitweise in euphorischer Stimmung, beantwortete die Fragen nach ihrem Befinden oft mit „ganz ausgezeichnet" und ähnlichem. Zeitweise zeigte sie aber auch Einsicht für ihre Verwirrtheit, gab in ruhigen Augenblicken selber an, es sei ihr ganz wirr im Kopfe. Kein Intelligenzdefekt. Körperlich: Zunge belegt. Innere Organe o. B. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Keine Zeichen von Lues. Nervensystem: Pupillen gleich, rund, ohne erkennbare Lichtreak-



tion. Konvergenzreaktion erhalten. Augenhintergrund normal. Augenbewegungen frei, keine Doppelbilder. Zittern und Beben der Gesichtmuskulatur. Zunge etwas nach rechts abweichend, lebhaft zitternd. Deutlich verwaschene Sprache und Anstoßen wie bei Paralyse. Sonst Hirnnerven o. B., ebenso grobe Kraft und Sensibilität ohne deutliche Störungen. Sehnenreflexe an den Armen normal, an den Beinen herabgesetzt, linker Patellarsehnenreflex = o, rechts schlecht auszulösen. Beide Achillessehnenreflexe fehlen. Keine Seitenstrangsymptome; keine Hypotonie, keine Ataxie. Geringer Romberg.

Auf Grund dieses Befundes wurde zunächst die Diagnose „Progressive Paralyse" gestellt die jedoch bald schwankend wurde, als die Anamnese nichts für Lues ergab und einen ganz akuten Beginn der Krankheit erkennen ließ, und weiter die Blutuntersuchung und das Ergebnis der Lumbalpunktion negativ ausfielen: Wassermann im Blut negativ, ebenso im Liquor. Der Liquordruck betrug im Sitzen 200 mm. Nonne und Pandy waren negativ, die Mastixreaktion einmal positiv, dann negativ. Nach allem war somit ein metaluisches Leiden nicht anzunehmen. Das Sensorium wurde, nachdem der amentiaähnliche Zustand etwa drei Monate angehalten hatte, allmählich immer heller, so daß sie auf eine ruhige Abteilung verlegt werden konnte. Hier (Dr. Jacobi) begann sie sich mehr und mehr zu orientieren, beurteilte ihre Umgebung und Lage immer richtiger und sicherer, die Hyperkynese klang ab, Patientin vermochte aufzustehen und sich zu beschäftigen. Anfangs Dezember ist sie wieder völlig klar, in jeder Beziehung orientiert und psychisch bis auf eine geringe noch bestehende Herabsetzung der Merkfähigkeit völlig wiederhergestellt. Sie hat für die Zeit ihrer Verbringung nach hier und die erste Zeit ihres Hierseins keine klare Erinnerung, hat sonst aber auch für ihre Verwirrtheit und ihre Sinnestäuschungen volle Krankheitseinsicht. Ein Gefühl in den Füßen, als wenn sie „wie auf Nadelkissen ginge", ist bei der folgenden Nachuntersuchung anfangs Februar auch verschwunden. Sonst ist körperlich die Lichtreaktion der Pupillen links spurweise vorhanden, rechts fehlt sie noch; Konvergenzreaktion beiderseits gut. Die Sprache ist wieder flüssig und stolperfrei geworden. Das Zittern der Gesichtsmuskulatur, das von jeher etwas bestanden haben soll, ist ziemlich verschwunden, ebenso das Zittern der Zunge. Die Sehnenreflexe sind an den Armen normal. Die Patellarsehnenreflexe sind noch herabgesetzt, der linke nur selten spurweise auslösbar, die Achillessehnenreflexe nicht auszulösen. Im übrigen besteht normaler neurologischer Befund bis auf eine Überempfindlichkeit der linken Seite, die auf dem Rücken am deutlichsten ausgeprägt ist und den Eindruck einer zerebralen Sensibilitätsstörung erweckt. Das Gewicht der Kranken fiel in den ersten drei Monaten von 146 auf 121 Pfund, ist jetzt aber wieder auf 13[illegible] gestiegen.

Epikrise: Es handelte sich hier also um eine schwere, mit Desorientierung, zahlreichen Gesichts- und Gehörshalluzinationen, zeitweise einsichtsloser Euphorie, starker motorischer Unruhe einhergehende Psychose, die auf Grund der vorhandenen körperlichen Symptome, Lichtstarre beider Pupillen, Gesichtsflattern, artikulatorischen Sprachstörungen und herabgesetzten und ungleichen Reflexe an den unteren Extremitäten zunächst ganz den Eindruck der progressiven Paralyse erweckte. Auffallend war eine neben der allgemeinen Unruhe bestehende Hyperkinese in beiden Armen und Händen, die sie stundenlang unnötig hin und her bewegte. Die Bewegungen waren an sich geordnet, aber zwecklos und wiederholten sich oft in stereotyper Weise. Daneben bestand erheblicher feinschlägiger Tremor der Hände. Der ganz akute Beginn — Patientin war noch am Tage ihrer Überführung ins Krankenhaus ihrem Geschäfte nachgegangen — und der dauernd negative Wassermann in Blut und Liquor schlossen bald ein luetisches oder metaluisches Leiden aus. Einzelne Züge im Krankheitsbilde, auf die unten noch näher eingegangen werden soll, sowie die mit Tremor verbundene Hyperkinese in den oberen Extremitäten lenkten dann den Verdacht auf epidemische Enzephalitis; der durch mehrfache Nachuntersuchungen bestätigte günstige Verlauf, das völlige Abklingen der Psychose und das teilweise Zurückgehen der körperlichen Symptome lassen diese Diagnose gerechtfertigt erscheinen.

2. Fall (Abteilung Dr. Hinsen). Der 45 jährige Bergmann V. Fr. erkrankte anfangs Juli 1920 unter Sinnestäuschungen und Wahnideen. Er hörte Stimmen, glaubte sich nachts besucht von Freunden und Kindern, meinte, der Magen sei ihm entfernt worden. Körperlich zeigte er eine träge Pupillenreaktion, Aufgehobensein der Kniescheibenreflexe und Analgesie am Oberkörper. Bei seiner Aufnahme in die Provinzialheilanstalt Münster am 30. Juli 1920 zeigte er sich über Ort und Umgebung nicht orientiert und gab folgende Darstellung seines bisherigen Krankheitsverlaufs: „Vor einem Monat kam acht Tage lang Rheumatismus aus dem Kopf heraus. Vor 14 Tagen bekam ich es wieder. Es



waren Kopfschmerzen, als wenn Keile drin und zurückgezogen würden. Dann Halsschmerzen, die Sehnen waren dick. Dann kam Zucken in den Beinen. Durch Einreiben zog es ins Blut und da hatte ich das Zucken im ganzen Körper. Ich kann nicht laufen, dann zuck ich zusammen und hab ein Gefühl in den Händen, als wenn ich auf ein Igelfell faßte. Ich hatte Solbäder verschrieben bekommen. Nachts 12 Uhr ging ich hin und konnte erst kein geeignetes Badegefäß finden. Dann bekam ich schließlich ein Bad und lief halb gesund den 15 Minuten langen Weg nach Haus in drei Minuten im Hemd und, da ich die Kleider vergessen hatte, in zwei Minuten zurück und hin und her. Dann habe ich mich krank gemeldet und bin ins Krankenhaus gekommen." Eine Intelligenzprüfung ergab keinerlei Abweichungen von der Norm. Nach seinen Sinnestäuschungen befragt, meinte er: „Ich konnte nicht einschlafen wegen der Stimmen. Wenn ich was haben wollte, dann haben mir die Geister Antwort gegeben; ich glaubte nicht an die Stimmen, aber sie waren da." Die körperliche Untersuchung des hochgradig abgemagerten, blassen Mannes ergibt eine Beschleunigung der Herztätigkeit auf 138 in der Minute und eine unbedeutende Emphysembronchitis; sonst normalen Befund an den inneren Organen. Neurologisch: Die runden gleichweiten Pupillen sind bis auf minimales Oszillieren lichtstarr, zeigen aber gute Konvergenzreaktion. Der rechte Kniescheibenreflex ist erloschen, der linke eben angedeutet. Ebenso fehlt der linke Kremasterreflex, die Bauchdecken- und Fußsohlenreflexe. Die Sensibilität ist bis auf eine deutliche Analgesie bei Stechen und Kneifen intakt. Patient ist unsicher in seinen Bewegungen, zeigt Romberg, kühle, livide Hände, knickt bei der Untersuchung oft zusammen. Klare Sprache.

Der anfängliche Verdacht auf Paralyse wurde durch die Ergebnisse der Lumbalpunktion entkräftet. Der klare Liquor stieg im 1,5 mm weiten Steigrohr auf 430 mm. Im Zentrifugat nur sehr spärlich Zellen. Pandyreaktion eben angedeutet; Nonne- und Sublimatreaktion ergeben nur minimale Opaleszenz. Wassermann im Liquor bei einfacher und doppelter Dosis negativ. Im weiteren Verlauf zeigt der Patient stets leichte Benommenheit, Schlafsucht; dabei viel unruhige Träume, die er z. T. nachher für wahres Erlebnis hält. Vom Nabel abwärts hat er stets ein unangenehmes Kältegefühl trotz objektiver Wärme. In den Fingerspitzen hat er das Gefühl, als wenn alles in seiner Hand in eine körnige Masse zerfiele und glaubt an die Tatsächlichkeit dieser Wahrnehmung. Selten hört er noch Stimmen von zu Haus. Die körperlichen Symptome wechseln. Die rechte Pupille ist längsoval verzogen, größer als die linke. Der Augenhintergrund ist normal. Die linke Pupille wird zuerst wieder lichtempfindlich, später die rechte, doch bleibt eine Ungleichheit der Pupillen bei guter Reaktion bis Anfang November bestehen. Die Analgesie geht langsam zurück. Die Reflexe sind wieder auszulösen und nach einer anfänglichen Steigerung im Oktober von normaler Stärke. Das Kältegefühl wird geringer und ist bei seiner Entlassung Ende November nur noch in den Unterschenkeln vorhanden. Mitte Oktober verliert sich die Schlafsucht. Fr. wird lebhafter, interessiert, ist frei von Wahnideen und Sinnestäuschungen, so daß er als geheilt entlassen werden kann. An Gewicht will Patient seiner Angabe nach etwa 40 Pfund eingebüßt haben, hier in der Anstalt stieg das Gewicht wieder von 100 auf 110 Pfund.

Epikrise: Auch hier eine mit Desorientierung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen einhergehende Psychose, die bei dem körperlichen Befund: Lichtstarre der Pupillen, ungleich herabgesetzten, rechts sogar erloschenen Patellarreflexen, Fehlen der Bauchdecken-, des linken Kremaster- und der Fußsohlenreflexe, Romberg, zunächst an progressive Paralyse denken ließ. Der negative Wassermann in der Lumbalflüssigkeit und im Blut, die im Gegensatz zu der Hyperkinese des vorigen Falles bestehende Schlummersucht und der günstige Verlauf, die psychische völlige Wiederherstellung und das Zurückgehen der körperlichen Symptome, die restlos verschwanden bis auf ein subjektives Kältegefühl in den Füßen, und unten noch näher zu beschreibende Einzelheiten im Krankheitsbilde lassen auch hier die Diagnose Encephalitis epidemica gerechtfertigt erscheinen. Die anfänglich bestehenden zunächst als Rheumatismus gedeuteten Schmerzen im Kopf und Körper, die Patient selbst sehr treffend beschreibt („Rheumatismus aus dem Kopfe heraus") sind offenbar als meningitische Reizsymptome zu deuten, wie sie auch anderweitig zur Beobachtung kamen. Sehr ausgesprochen waren auch gewisse „polyneuritische" Symptome, die Parästhesien in den Händen („als wenn ich auf ein Igelfell faßte") und das dauernde ausgesprochene Kältegefühl vom Nabel abwärts, das auch bei Zuführung ausreichender äußerer Wärme nicht schwand. Schon Strümpell[1]) hat auf diese Parästhesien bei Enzephalitiskranken aufmerksam gemacht; auch ist ihm die rapide Gewichtsabnahme in mehreren Fällen ausgefallen.

In der vorserologischen Zeit wären zweifellos

---

[1]) D. med. Wo. 1920, Nr. 26.

beide Fälle als progressive Paralyse aufgefaßt worden mit an Heilung grenzender Remission resp. mit dem seltenen Ausgang in Heilung. Wenn schon, abgesehen von dem ganz akuten Beginn, der dauernde negative Ausfall von Wassermann bald diese Diagnose entkräftete, so ließen sich auch bei genauerem Zusehen von vornherein Züge im psychischen Bilde und im neurologischen Befunde finden, die der Paralyse nicht entsprechen. Das wesentlichste Moment bei dieser Erkrankung bildet eine immer ins Auge springende schon früh einsetzende geistige Schwäche; diese ließ sich in beiden Fällen nicht nachweisen. Weder in dem einen noch im anderen Falle ließ die Prüfung der Intelligenz Abweichungen vom Normalen erkennen und auch die bei Paralytikern so auffallende Urteilslosigkeit war bei ihnen, soweit das Urteil nicht psychotisch verfälscht war, nicht nachzuweisen. Wohl war in Zeiten der Erregung resp. des getrübten Bewußtseins oft eine ausgesprochene, die Schwere des Zustandes verkennende Euphorie vorhanden, daneben bestand aber, und darauf möchte ich besonders hinweisen, in ruhigen und klareren Zeiten bei beiden Patienten eine auffallende Einsicht für das Krankhafte des psychischen und körperlichen Zustandes; so gab die Näherin A. ganz im Anfang ihres Hierseins wiederholt spontan an, es sei ihr ganz wirr im Kopf, und auf die Frage, weswegen sie hier sei: „Ich war so furchtbar wirr im Kopfe, ich habe da in den letzten Wochen immer Last mit gehabt." Der Bergmann Fr. gab in der Zeit, wo er zum Teil noch desorientiert war, halluzinierte und Wahnvorstellungen äußerte, doch ein treffendes Bild von der Art und Entstehung seiner Schmerzen und meinte: „Ich konnte nicht einschlafen wegen der Stimmen. Wenn ich was haben wollte, dann haben mir die Geister Antwort gegeben. Ich glaube nicht an die Stimmen, aber sie waren da." So hätte ein Paralytiker nicht gesprochen. — Auch der neurologische Befund zeigte gewisse Züge, die der Paralyse nicht zukommen. Hier finden sich als allerwertvollstes diagnostisches Hilfsmittel die bekannten Seitenstrang- oder Hinterstrangerscheinungen von seiten des Rückenmarks, und zwar so, daß bei Steigerung der Sehnenreflexe ganz gewöhnlich auch sonstige Erscheinungen von seiten der Py.-Seitenstrangbahn, insbesondere Spasmen, und bei Herabsetzung der Sehnenreflexe auch andere Symptome der geschädigten Hinterstränge, vor allem Hypotonie und Ataxie, sowie Sensibilitätsstörungen von spinalem Typus, oder aber am häufigsten ein Gemisch von Seiten- und Hinterstrangerscheinungen gefunden werden. In unseren Fällen waren die Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten zwar herabgesetzt, ungleich, zum Teil erloschen, aber es fehlten alle sonstigen Zeichen einer Hinterstrang- oder Seitenstrangerkrankung des Rückenmarkes. Das Verständnis für diese Erscheinung wird uns vielleicht näher gerückt, wenn wir bedenken, daß die pathologisch-anatomischen Untersuchungen bei der epidemischen Encephalitis bisher übereinstimmend ergeben haben, daß es sich dabei um eine nichteitrige Form der Encephalitis handelt, die vorwiegend in der grauen Substanz sowohl der Hirnrinde als vor allem der Stammganglien, des zentralen Höhlengrau, des Grau der Vierhügel, der Haube, der Substantia reticularis der Brücke und der Oblongata lokalisiert ist, während die Marksubstanz wenigstens dort, wo beide scharf geschieden sind, somit die Leitungsbahnen so gut wie intakt sind. Ich nehme daher auch an, daß die Herabsetzung resp. Aufhebung der Sehnenreflexe an den Beinen wie auch die Pupillenstarre in unseren Fällen nicht durch Strangerkrankung von seiten des Rückenmarks, sondern durch Erkrankung der grauen Substanz, sei es des Rückenmarks, sei es des Hirnstammes, bedingt war. Ebenso machten die Sensibilitätsstörungen durchaus den Eindruck zerebral bedingter Störungen.

Nonne[2]) betont für die von ihm beobachteten Fälle von Encephalitis epidemica, daß zwar des öfteren deutliche Spannungszustände in der Muskulatur bestanden, ohne daß Beteiligung der Pyramidenbahnen nachzuweisen war, wodurch das Krankheitsbild dem von Strümpell aufgestellten „amyostatischen Symptomenkomplex" bei der Pseudosklerose und der Wilsonschen Krankheit nahegerückt würde, bei der ja auch der Linsenkern und die großen Stammganglien Thalamus opticus und Corpus striatum, also auch nur graue Substanz erkrankt sind.

Die Literaturdurchsicht ergibt, daß verschiedentlich bei Encephalitis epidemica auch „Seiten-" und „Hinterstrangsymptome" beobachtet worden sind, sei es durch Herde im Pons bedingt, wo graue und weiße Substanz nicht streng geschieden sind, sei es durch Beteiligung des Kleinhirns. Sie machen aber doch wohl ein anderes Bild wie die auf Degeneration der Rückenmarksstränge beruhenden spinalen Symptome bei Paralyse. Jedenfalls machte mich das Fehlen aller sonstigen Strangerscheinungen von seiten des Rückenmarks bei bestehender Herabsetzung resp. Aufhebung der Sehnenreflexe in unseren beiden Fällen gleich bei der ersten Untersuchung bezüglich der Diagnose Paralyse stutzig, und ich glaube, daß ein solcher Befund

---

[2]) D. Zeitschr. f. Neur. 64, 5-6.



im Zweifelfalle gegen die Diagnose Paralyse und für die Diagnose Encephalitis gut verwertbar ist.

Ich möchte noch bemerken, daß unsere beiden Kranken bei rein symptomatischer Behandlung zur Heilung gelangten. Ich bin überzeugt, daß auch in anderen Heilanstalten ähnliche, zunächst den Eindruck der Paralyse erweckende Kranke zur Beobachtung kommen; es ist daher ratsam, in solchen Fällen mit der Prognose vorsichtig zu sein, bis die Diagnose geklärt ist; hierzu vermögen die obigen Ausführungen vielleicht etwas beizutragen.

Alt's Abschied von Uchtspringe.

Aus Uchtspringe kommt die Nachricht, daß Prof. Dr. Alt nach über 25 jähriger Tätigkeit die Direktion der Anstalt niedergelegt hat. Dies ist ein Anlaß, die jüngere Generation der Psychiater einmal daran zu erinnern, daß die Eröffnung der Anstalt Uchtspringe unter der Leitung Alts im Jahre 1894 einen Markstein in der Entwicklung der Irrenfürsorge bedeutet.

Die Anstalt entstand zur Ausführung des Gesetzes vom Jahre 1891 zunächst als „Provinzial-Epileptiker- und Blödenanstalt". Alt verstand es über, in Kürze daraus eine Anstalt zu machen, die immer wieder in der freien Behandlung aller Arten von geistig Abnormen voranging, namentlich auch immer wieder neue Gesichtspunkte in der körperlichen Behandlung der Geisteskranken und Epileptiker durchführte.

Viele Maßnahmen der Verwaltungstechnik, der praktischen Irrenfürsorge, der Beschäftigung und Behandlung der Kranken, Probleme der Ärzte- und Pflegerfrage, deren Lösung uns jetzt als selbstverständlich erscheint, sind der Initiative Alts und dem Vorbild von Uchtspringe zu verdanken.

Ich will nur erinnern an die Pflegerfrage. Damals, Anfang der neunziger Jahre, war es sehr schwer, geeignetes, brauchbares Personal, namentlich für eine so einsam gelegene Anstalt wie Uchtspringe zu gewinnen. Alt fand den Ausweg der Errichtung eines Dorfes ausschließlich für verheiratete Pfleger und Angestellte in der nächsten Nähe der Anstalt. Damit war weiter der Beginn einer Familienpflege verbunden, indem die Insassen dieser Wohnungen sich verpflichten mußten, ein bis zwei ruhige Kranke gegen Entgelt aufzunehmen und zu beschäftigen. Wie sich von diesem ersten Versuch aus familiäre Irrenpflege in Deutschland in größerem Maßstabe weiter ausgebreitet hat, kann hier nicht entwickelt werden. Aber daß diese Pflegersiedlungen da und dort Nachahmungen fanden und zur Bildung eines Berufspflegerstandes mit einer gewissen familiären Berufstradition beitragen, ist sicher. Auch die Regelung des Pflegerdienstes verdankt Alt manche Neuerung. In Uchtspringe wurde wohl zuerst das jetzt allgemein gebräuchliche System der sog. schottischen Dauernachtwache eingeführt, während man bis dahin (1895) an den meisten Anstalten jede Nacht andere Pfleger wachen ließ, die ihren Dienst ermüdet und unlustig antraten.

Auch die Standesorganisation der Irrenärzte hat Grund, sich dankbar zu erinnern, daß Alt zuerst auf eine auskömmliche Bezahlung, gesicherte wirtschaftliche Stellung der jüngeren Irrenärzte hinwies, daß er zuerst eine definitive Anstellung als Abteilungsarzt mit der Möglichkeit der Familiengründung für die jüngeren Ärzte durchsetzte, auch die heute noch gültige Regel: einen Arzt auf etwa 100 Anstaltskranke aufstellte. Auch für die Gewährung von Reisestipendien zum Besuch von Fortbildungskursen und Kongressen gab Alt den Behörden die erste Anregung. Eine andere Kleinigkeit — man mag es eine Äußerlichkeit nennen: In Uchtspringe wurden 1895 zuerst die weißen Mäntel für den ärztlichen Dienst eingeführt, eine Gewohnheit, die nach einigem Widerstreben der älteren Herren sich in allen Anstalten durchsetzte und dem ganzen Dienst einen freundlichen, krankenhausmäßigen Charakter verlieh.

Diese und viele andere Einrichtungen erscheinen der heutigen Generation als etwas Selbstverständliches. 1894 bestanden sie zum größten Teil nicht, weder in den Anstalten noch in den Kliniken und ihre Einführung hatte mit erheblichen Widerständen zu kämpfen.

In der Krankenbehandlung wurde in Uchtspringe zuerst die Bettbehandlung in Wachsälen, die Dauerbäder bei Erregungszuständen in sehr weitem Umfang durchgeführt, und es ist charakteristisch, daß diese für Epileptiker, also für die reizbarsten psychisch Abnormen, bestimmte Anstalt fast gar keine Isolierräume besaß. Die Beschäftigung der Kranken wurde ebenfalls in viel weitgehenderem Maße, als man es bis dahin gewohnt war, durchgeführt. Denn Alt richtete Werkstätten für die mannigfaltigsten Handwerke ein, ermöglichte auch, daß die jüngeren Kranken ihre



Lehrlingsarbeit in einer dieser Werkstätten durchmachten und ihre Gesellenprüfung ablegen konnten.

Was auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Durchforschung und Behandlung der psychisch-nervösen Krankheitszustände in Uchtspringe geschah, kann hier nicht im einzelnen geschildert werde. Aber daß Ehrlichs Salvarsan von dem einsam in der Heide gelegenen Uchtspringe aus seinen Siegeszug antrat, ist wohl noch bekannt. Mit sicherem Optimismus hatte Alt in Uchtspringe trotz der einsamen Lage eine Poliklinik für die Beratung psychisch und nervös Kranker eingerichtet und damit erreicht, daß viel Mißtrauen gegen die Anstalt schwand.

Die Anstalt Uchtspringe war baulich noch kein Muster, imponiert nicht durch architektonisch schöne Bilder oder baulichen Prunk. Aber der in ihr durchgeführte Betrieb hat sie bald zum Vorbild für die Anstaltsbauten der nächsten Jahrzehnte gemacht. Für viele dieser Anstalten sind die Entwürfe und Pläne aus der Hand Alts hervorgegangen.

Die Provinz Sachsen hat in Paetz, Altscherbitz, und Alt, Uchtspringe, um die Jahrhundertwende zwei führende Männer in der praktischen Irrenfürsorge gehabt. Ihnen ist es zu verdanken, daß die großen Landes- und Provinzialanstalten, welche das reiche Deutschland damals errichten konnte, auch mit freiem Geist erfüllt wurden.

Wenn jetzt Alt, noch nicht im Greisenalter stehend, sich — anscheinend etwas verstimmt über die neue Zeit — von seinem Werk zurückzieht, so soll er doch die Gewißheit haben, daß das von seiner Schöpfung gegebene Vorbild den äußeren Wandel der Zeiten überdauert, daß der von ihm gepflegte Geist auch im neuen armen Deutschland in den Anstalten lebendig bleibt und sie befähigt, ihre schöne humanitäre Aufgabe weiter zu erfüllen.

Prof. Weber, Chemnitz.

Telepathie und Hellsehen. Von Dr. Waldemar v. Wasielewski.

(Halle a. S. 1921, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 276 S. 24,00 M.)

Das Buch bringt Versuche und theoretische Betrachtungen über „ungewöhnliche seelische Fähigkeiten". Ein Abschnitt ist der Telepathie, ein zweiter dem „Hellsehen", ein dritter wissenschaftlichen Erläuterungen und Ausblicken gewidmet.

Versuchsperson (Medium) war stets die gleiche, eine Dame, Fräulein von B. (im nachfolgenden stets B. genannt), welche zwischenzeitlich die Gattin des Verfassers wurde.

Die im ersten Teil beschriebenen „telepathischen" Versuche bieten für den Psychologen nichts Neues und nichts Erstaunliches.

B. erriet (bzw. empfand) Gegenstände, es gelangen aber auch Gesichts- und Gehörsübertragungen.

Gleiches und weit Schwierigeres habe ich aber sowohl von Taschenspielern gesehen als auch von Personen, welche sich, wie der bekannte Ninoff (mit welchem ich mich beschäftigte), als Gedankenleser bezeichneten.

Der zweite Teil des Buches bietet weit mehr und Ergebnisse solcher Art, daß eine eingehendere Besprechung geboten erscheint.

Auf Grund der vom Dezember 1912 bis Januar 1913 vorgenommenen 79 Versuche kommt der Beobachter v. Wasielewski zu dem Schlusse: Die Hellseherin war imstande, „jeden beliebigen Gegenstand ohne Gebrauch der Sinnesorgane zu beschreiben."

Die Gegenstände wurden natürlich ohne Kenntnis von B. gewählt; v. W. verschloß sie in Kästchen; letztere wurden (bei den Buchstabenversuchen) außerdem in Säckchen getan. Diese wurden verschnürt und versiegelt. Als Petschaft diente häufig ein gemusterter Knopf, welchen Herr v. W. in einem Geschäfte gekauft hatte und keiner zweiten Person zeigte oder anvertraute. Die Hellseherin wurde beobachtet. Suggestiv- oder Hilfsfragen (wie sie bei Varietévorstellungen üblich sind) wurden meist unterlassen. Siegel und Verpackungsunterlagen, nach Beendigung der Versuche, eingehender Prüfung seitens des Herrn v. W. und (oder) anderer Personen.

Es scheint somit, daß gegen die Versuchsanordnung, gegen die gebrauchten Vorsichtsmaßregeln keine Einwendung gemacht werden kann.

Ich führe nun einige Ergebnisse an:

Eine goldene Armspange, deren Enden mit Lapis lazuli verziert waren, beschrieb B. nach drei Minuten folgendermaßen: Goldreif, freie Enden aus schwarzem oder dunkelblauem, nicht metallischem Material, übereinandergreifend." Gleichzeitig ent-



warf sie eine dem Gegenstande entsprechende Zeichnung.

Versuch 31 (59): Ein gelbbraunes Fläschchen, mit Korkstöpsel verschlossen, 0,5 g salzsaures Morphium enthaltend (Pulverform), wurde mehrfach in Papier eingehüllt, an den Enden versiegelt, in die Hand von B. gelegt.

Ergebnis: „Ein Fläschchen, klein mit Stöpsel, nicht Glas, sondern Kork. Ein Pulver darin, ganz hell, weiß; daran erkenne ich, daß das Fläschchen nicht weiß ist, es ist aus dunklerem Glas. Das Pulver ist nicht sehr fein, ich unterscheide größere Körnchen."

Herr v. W. fragte nun, ob B. noch etwas sehe oder empfände.

Diese Frage stört die Beurteilung des Versuches ganz außerordentlich. Immerhin war die Antwort auffallend genug: „Ja, es zieht mir so merkwürdig den Arm hinauf, der ganze Arm wird schwer und müde."

Nun wurde das Fläschchen auf den Hals von B. gelegt. (Daß damit eine Suggestion stattfand, ist Herrn v. W. auch klar. Eben darum wäre eine andere Versuchsanordnung wünschenswert gewesen. Wie dem aber auch sei, wiederum tritt eine merkwürdige Wirkung auf.)

B. spricht mit schläfriger Stimme: „Jetzt werde ich ganz müde."

Nach Entfernung des Fläschchens und Beginn eines Gespräches wird B. wieder munter.

Um „echtes" Hellsehen unter Ausschluß aller Übertragungsmöglichkeiten seitens W. auf B. sicherzustellen, traf er folgende Anordnung:

Die Buchstaben des Alphabets und die Zahlen bis 9 wurden einzeln in Kästchen verschlossen (siehe oben).

W. wußte nicht, welcher Gegenstand in einem der 34 Kästchen enthalten sei.

B. erkannte die Buchstaben (nachdem je ein Kästchen von ihr an die Stirne oder Brust gehalten wurde); sie z e i c h n e t e die Buchstaben auf, und d i e s e e n t s p r a c h e n n a c h G r ö ß e , D i c k e u s w. f a s t g e n a u d e n w i r k l i c h e n.

Bezüglich der Lösung weit schwierigerer Aufgaben (Wiedergabe der Anschrift und des Inhalts einer Postkarte mit dem merkwürdigen Ergebnis, daß die Schrift der „Seherin" mit der Originalschrift eine a u f f a l l e n d e Ä h n l i c h k e i t und genaue Übereinstimmung der g e z e i c h n e t e n P o s t s t e m p e l mit d e n w i r k l i c h e n bezüglich d e r e n L a g e zeigte; Auffinden verborgener Gegenstände) verweise ich auf das Buch.

Im elften Kapitel beschreibt W. die Versuche über F e r n s e h e n.

Er befand sich in S.; Fräulein v. B. in Italien. Entfernung etwa 800 km.

B. hat wiederholt „gesehen", w a s W. z u e i n e r b e s t i m m t e n Z e i t g e t a n, w o e r s i c h b e f u n d e n, w a s e r g e t r a g e n h a t.

Die Versuchsanordnung, die getroffenen Vorsichtsmaßregeln müssen im Buche nachgelesen werden.

Die bisher wiedergegebenen Leistungen von B. werden aber noch übertroffen:

B. war nach den Mitteilungen des Verfassers (S. 184 f.) imstande — **m i k r o s k o p i s c h z u s e h e n !** Das heißt: Als ihr ein Sputumausstrich mit Tuberkelbazillen (Grundfarbe blau, Bazillen rot) — selbstverständlich wiederum unter Beobachtung der entsprechenden Vorsichtsmaßregeln — im v e r d u n k e l t e n Z i m m e r auf die Stirn gelegt wurde, erkannte sie: „Blaugefärbtes, großes Durcheinander, etwas Rotes dazwischen." B. sah aber weiter Einzelheiten, welche W. veranlassen, an ein „Sehen" zu denken, w e l c h e s d i e L e i s t u n g u n s e r e r M i k r o s k o p e w e i t ü b e r r a g t !

Die letzten Kapitel bringen die — Krönung der Versuche: H e l l s e h e n i n d i e V e r g a n g e n h e i t u n d S e h e n i n d i e — Z u k u n f t.

* * *

Welche Stellung kann der objektive Kritiker, kann der nüchtern urteilende Naturforscher und Psycholog dieser Arbeit gegenüber einnehmen?

Ich für meine Person erkläre: Es ist mir unmöglich, irgendwie Stellung zu nehmen.

Die Ausführungen des Verfassers als Schwindel, die Darbietungen von B. als Betrug zu bezeichnen ist mir ganz und gar unmöglich.

Wenngleich ich gegen diese oder jene Einzelheit der Versuchsanordnung Bedenken erheben könnte, so gebe ich unumwunden zu, daß ich — falls es mir möglich gewesen wäre, mit Frl. v. B. Versuche anzustellen, weitgehendere Vorsichtsmaßregeln durchzuführen nicht vermocht hätte.

Dem Verfasser zuzumuten, daß er bei allen Versuchen „hereingelegt" wurde, heißt an seiner Zurechnungsfähigkeit zweifeln, welche er aber sowohl durch die Versuchsanordnung wie durch seine Schriften selbst erwiesen haben dürfte.

Bliebe die Annahme, daß B. bewußt betrogen hat.

Der Verfasser geht — wie mich dünkt zu oft — auf diese Frage ein und bringt so gut wie alles vor, was gegen diese Annahme spricht. I c h gehe darum auf diese Frage nicht ein, sondern weise nur auf einen Umstand hin.

Wenn B. imstande war, nicht nur W., sondern auch eine Reihe anderer vernunftbegabter Wesen in dieser Weise zu täuschen, dann ist sie die größte Künstlerin auf diesem Gebiete.

Mit dieser Kunst konnte sie — zumal in der Jetztzeit — Hunderttausende verdienen und die bewundertste Kraft jeder Spezialitätenbühne werden.

Die wissenschaftliche Nachprüfung der außergewöhnlichen Fähigkeiten von B. ist nicht mehr möglich. Wie W. angibt, sind jene immer schwächer geworden und schließlich verschwunden.

Nun könnte der Einwand erhoben werden, B. habe ihre „Kunst" aufgegeben, nachdem sie die Gattin des W. geworden ist. Es erscheint mir nicht passend, auf das Absurde dieses Einwandes näher einzugehen.

Noch bleibt einer übrig, der besprochen werden muß.

Es wäre denkbar, daß B. unbewußt betrogen, daß sie in einem psychischen Ausnahmezustand gehandelt hat. Dieser an sich beachtliche Einwand kommt im vorliegenden Falle nicht in Betracht. Wer die Erscheinungen der Hypnose, des Somnambulismus, der Autosuggestionen beherrscht, wird — auch wenn er das Buch von W. nicht gelesen hat — erkennen, daß mit dieser Erklärungsmöglichkeit im vorliegenden Falle nichts anzufangen ist.

Weitgehendster Zweifel ist bei der Betretung des okkulten Gebietes nicht nur geboten, sondern eine zwingende, naturwissenschaftliche Notwendigkeit.

Ich erinnere an Zöllner, Lombroso, v. Schrenck-Notzing usw. — an die unwissenschaftliche Beurteilung der Hypnose.

1914 verfaßte Schrenck-Notzing ein Aufsehen erregendes Buch über Materialisation. Wie Forel (S. 50, Der Hypnotismus, 8. und 9. Aufl.; Stuttgart 1919, Verlag Enke) angibt, wurde das „Medium" entlarvt. 1920 ging aber Lomer neuerdings auf die bei dem entlarvten Medium gemachten „Feststellungen" ein, gegen welche ich mich in der gleichen Zeitschrift (Umschau, Herausgeber Prof. Bechhold, Frankfurt a. M. 1920, Nr. 42) wandte.

Den mit den Fragen des Spiritismus, der Telepathie und des Hellsehens Vertrauten ist bekannt, daß fast alle berühmten Medien bisher überführt wurden. Ist bekannt, daß die Aufforderung der französischen Akademie an die Mesmer-Schüler, eine Probe ihres Könnens abzulegen, ebenso im Sande verlief wie eine spätere von Prof. F. A. Forel (einem Vetter des Obigen), der demjenigen 1000 Franken zusicherte, der den Beweis für Fernlesen erbringen könnte.

v. Wasielewski hat seine ersten Beobachtungen in einer Arbeit niedergelegt, welche 1914 von R. Meyer (Berl. klin. Woch. 1914, 23 S.) besprochen wurde. Dort hieß es, daß Frl. v. B. laut Angabe von Moll und Hennig bei der Prüfung ihrer Fähigkeiten vollständig versagt habe.

Forel beanstandet, wie mir scheint mit Recht, diese summarische Erledigung gegenüber den genauen Angaben Wasielewskis.

Fassen wir zusammen:

Die Mitteilungen des Herrn v. W. sind durch Skeptizismus allein, durch Hinweis auf Schwindel, Betrug oder Taschenspielerei, durch Heranziehung der Hypnose weder zu erklären noch aus der Welt zu schaffen. Eine Überprüfung vor einem „wissenschaftlichen Forum" ist nicht mehr möglich, ganz abgesehen davon, daß ein Versagen der (etwa noch vorhandenen) Fähigkeit in Anwesenheit von fremden, Frau v. W. vielleicht störenden Beobachtern nichts gegen die früheren Feststellungen des Verfassers beweisen könnte.

Auf einen Versuch, die Darbietungen der „Seherin" psychologisch zu erklären, gehe ich überhaupt nicht ein.

Daß mir selbst das einfachste telepathische Experiment weder bei Gesunden noch bei Kranken jemals gelungen ist, beweist nichts gegen die von W. mitgeteilten Ergebnisse.

Dem vorurteilslosen Forscher bleibt nichts anderes übrig, als die in dem W.schen Buche angegebenen Erscheinungen zu — registrieren.

Sie mögen uns wahrscheinlich oder unwahrscheinlich, möglich oder unmöglich, erklärbar oder unerklärbar vorkommen, — wir haben die wissenschaftliche Pflicht, mitzuarbeiten und alles aufzubieten, nach Personen zu forschen, welche uns die Möglichkeit bieten, die Angaben des Verfassers nachzuprüfen oder zu widerlegen.

Streit und mehr oder weniger persönliche Angriffe auf Glaubwürdigkeit werden uns keinen Schritt weiterbringen.

So unsympathisch die Beschäftigung mit Fragen erscheint, welche bisher zum größten Teil einer gründlichen Nachprüfung nicht standhielten, welche tatsächlich von Betrügern oder Psychopathen beherrscht waren, so sehr liegt es gerade im Interesse der „reinen" Wissenschaft, mit Männern zusammenzuarbeiten, welche wie der Verfasser durch die Art ihres Forschens ihren Ernst und ihre Kritik erweisen.



Die heutige Zeit, durchseucht von krankhaftem Mystizismus, von überwuchernder Kurpfuscherei, falscher Prophetie und geradezu mittelalterlicher Massensuggestionierung verlangt, daß — in erster Linie Psychologen und Neurologen die Führung zu gewinnen versuchen, welche Wege zeigt und Abwege vermeidet.

Prof. Dr. A. A. Friedländer, Freiburg i. Br.

(Aus der Lands-Heil- und Pflegeanstalt Hall, Tirol.)

Behandlung der Epilepsie mit Tartarus boraxatus.

Von Dr. **Ernst v. Klebelsberg.**

In Nr. 44 Jahrg. 1920 der Medizinischen Klinik wurde über die günstigen Erfolge berichtet, welche speziell französische Ärzte mit Tartarus boraxatus bei Epilepsie gemacht hatten. Es ist gelungen, dadurch die Zahl der Anfälle herabzusetzen und die Anfälle selbst durch leichtere Schwindelzustände zu ersetzen. Besonders traten die groben Verstimmungen und heftigen Aufregungszustände weniger in Erscheinung. Im Gegensatz zu Brom werden die Kranken weniger schläfrig und abgestumpft und auch das Gedächtnis soll weniger als bei der Brombehandlung dabei zu Schaden kommen.

Angeregt durch obige Mitteilungen wurde die Behandlung auch in der hiesigen Anstalt an einzelnen Kranken versuchsweise durchgeführt. Die Erfolge sind vorläufig zufriedenstellend. Besonders auffallend ist die Wirkung bei solchen Kranken, bei denen weniger die Anfälle als die Dämmerzustände das Krankheitsbild beherrschen und bei denen es zu Gewalttätigkeiten kommt. In einem Falle, bei dem täglich mehrere meist schwere Anfälle auftreten, die sich dadurch besonders auszeichnen, daß die nachfolgende Bewußtseinstrübung nur sehr kurze Zeit anhält, schien das Medikament ohne wesentlichen Einfluß zu sein, erst in Verbindung mit Brom (1 g p. d.) war eine leichte Besserung zu bemerken. Die Dosierung ist folgende: Tartar. borax. 20,0, Aqua destill. ad 300,0, täglich drei Eßlöffel zu nehmen (entspricht einer Tagesmenge von 3 g). In diesem Ausmaß kommt die abführende Wirkung des Borax nicht zur Geltung. Die Behandlung kann so mehrere Monate durchgeführt werden. Selbstverständlich wird dieses Mittel nicht die bisher üblichen, insbesondere Brom und Luminal, aus dem Felde schlagen, aber es steht nichts an, es auch in den Arzneischatz aufzunehmen und gegebenenfalls besonders bei den oben erwähnten Krankheitsformen zur Anwendung zu bringen.

Mitteilungen.

— **Reichsverband.**

I. Tagesordnung zu den diesjährigen Versammlungen des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte am Mittwoch, den 27. April 1921 in Dresden.

Vormittags 9 Uhr Ausschußsitzung:

1. Geschäftsbericht. Stand der Organisation, Kassenbericht, Mitgliedsbeitrag, Wünsche bezügl. der Organisation (Süddeutsche Arbeitsgemeinschaft), Sonderausschüsse, Beitrag zum Leipziger Verband, Ärztekammerbeitrag, preußischer Medizinalbeamtenverein, Unterbringung der Ärzte aus den abgetretenen Gebieten, Versorgungsamtsärzte, psychiatrische Fürsorgestellen in großen Städten usw.
2. Besoldungsreform, Gebührenwesen, Beamtenbehandlung. Ref.: Rein.
3. Frage des Kreisarztexamens (preußische Arbeitsgemeinschaft) Ref.: Baumann.
4. Beziehungen zum Bund höherer Beamter (Bildung von Ortsgruppen usw.). Ref.: Ehlers.
5. Fachvertretungen bei den Behörden. Ref.: Verband Schleswig-Holstein.
6. Irrenfürsorgegesetz in seinen Beziehungen zum irrenärztlichen Stande. Ref.: Römer.
7. Richtlinien über den ärztlichen Dienst usw. Ref.: Römer.

Nachmittags 5 Uhr Hauptversammlung:

1. Geschäftsbericht und Bericht über die Ausschußsitzung.
2. Diskussion.

Wir bitten die Einzelverbände etwaige Anträge möglichst umgehend an den geschäftsführenden Vorstand gelangen zu lassen. Der Versammlungsraum wird noch rechtzeitig bekannt gegeben.

II. In einem deutschen Bundesstaat ist von der vorgesetzten Behörde an die Anstalten das Ansinnen gestellt worden, die Leichenschau möge nicht von dem betreffenden Abteilungsarzt, sondern durch einen anderen am Fall unbeteiligten oder fremden Arzt vollzogen werden. Begründet wurde diese Forderung mit dem „Vorurteil der Bevölkerung".

Wir bitten um sofortige und ausführliche Auskunft darüber, ob etwa auch anderswo, vielleicht auch inbezug



auf Kliniken und Krankenhäuser derartige Bestrebungen bekannt geworden sind, da der Reichsverband die Pflicht hat, den betreffenden Einzelverband gegenüber der Behörde mit allen Mitteln zu unterstützen.

Bezieht irgendwo derjenige Arzt, welcher die Leichenschau vollzogen hat, die üblichen Gebühren hierfür?

III. Vom Leipziger Verband sind dem Reichsverband folgende Mitteilungen zugegangen:

1. Der Mitgliedsbeitrag beträgt vierteljährlich 25 Mark und ist im Januar im voraus für das ganze Jahr zu zahlen, beim Eintritt vom laufenden Vierteljahr ab.
2. Ermäßigung der Mitgliedsbeiträge auf die Hälfte findet statt, für: a) unständige Ärzte (Assistenten, Vertreter, Schiffsärzte); b) beamtete und Anstaltsärzte ohne Kassen- oder Privatpraxis; c) neu niedergelassene Ärzte für das erste Jahr der Niederlassung; d) pens. aktive Militärärzte (ohne Praxis); e) Ärzte bei starker Verminderung oder Aufgabe der Praxis infolge Alters und Krankheit, sowie für Halbinvalide mit verminderter Erwerbsfähigkeit; (für Punkt b, c, d und e ist Antrag und Zustimmung der zuständigen Organisation Voraussetzung;) f) deutsche Ärzte im abgetretenen Gebiete und Ausland (auf Ansuchen).
3. Volontärärzte ohne Gehalt zahlen 20 M jährlich.

Obiger Beschluß gilt vorläufig nur solange, bis eine endgültige Gestaltung der Satzung und Regelung der Mitgliedsbeiträge durch die Hauptversammlung des Leipziger Verbandes stattgefunden hat. Im Hinblick auf das durch diesen Beschluß den Anstaltsärzten erwiesene Entgegenkommen, bitten wir die Mitglieder des Reichsverbandes, dem Leipziger Verband nicht aus finanziellen Gründen fernzubleiben. Ein Beitrag von 50 Mark jährlich erscheint unter den heutigen Verhältnissen wohl angemessen.

IV. Wir bitten um Beantwortung folgender Fragen:

1. An welchen Anstalten sind Assistenzärzte (Hilfsärzte) offiziell als Beamtenanwärter anerkannt, und werden nach den entsprechenden Bestimmungen der Besoldungsordnung bezahlt?
2. Besteht das Bestreben, soweit dies nicht bereits der Fall ist, Assistenzärzte zu Beamtenanwärtern zu machen und wo?
3. Gelingt es voraussichtlich, die Forderung des Reichsverbandes, daß nach dreijähriger Anstaltsvordienstzeit Anstellung der Assistenzärzte erfolgen soll, durchzusetzen oder ergeben sich hierbei Schwierigkeiten, und welcher Art sind diese?
4. Erhalten Medizinalpraktikanten an den Anstalten außer freier Station eine Barentschädigung und wie hoch ist diese?

Wir bitten um recht baldige Beantwortung dieser sowie der in der vorigen Nummer veröffentlichten Anfragen. Im Auftrage: Dr. H u s s e l s.

V. R h e i n l a n d. Mit dem 1. April d. J. ist der bisherige Oberarzt der rheinischen Anstalt Düsseldorf-Grafenberg Herr Dr. W i e h l zum Landesmedizinalrat ernannt, dem in gleichgestelllter Gemeinschaft mit einem juristischen Landesrat die Bearbeitung des Irrenwesens übertragen wird. Hiermit ist ein von unserem E. V. angestrebter Wunsch von seiten unserer Provinzialverwaltung erfüllt worden.

— **Die Gebühren für gerichtliche Begutachtungen** in Preußen (Gesetz betr. die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909) sind durch Min.-Erlaß vom 20. Dezember 1920 (Preuß. Ges.-Sammlg. S. 542) um 300 v. H. erhöht worden, also auf das Vierfache des ursprünglichen Satzes. (Gutachten z. B. jetzt 30 bis 120 M.)

— **Zur Bewertung mechanischer Arbeit.** Im § 113 des preuß. Gerichtskostengesetzes ist durch Gesetz vom 10. Dez. 1920 (Preuß. Ges.-Sammlg. S. 540) die Schreibgebühr für eine Seite auf 2,00 M erhöht worden. Das ist eine Erhöhung auf das Fünffache des Friedenssatzes, da früher die Seite 20 Zeilen zu durchschnittlich 12 Silben (= 240 Silben), jetzt aber 32 Zeilen zu 15 Silben (= 480 Silben) enthalten muß.

Um Irrtümern vorzubeugen, wird darauf hingewiesen, daß das p r e u ß. Gerichtskostengesetz nur für die f r e i w i l l i g e G e r i c h t s b a r k e i t gilt, für ärztliche Begutachtungen aber n i c h t in Frage kommt; in allen Gerichtsverfahren, die nach der Straf- oder Zivilprozeßordnung geregelt sind, gilt das d e u t s c h e Gerichtskostengesetz vom 1. Juni 1909. (Schreibgebühren nach § 80 mit Teuerungszuschlag nach dem Gesetz über Kriegszuschläge vom 1. April 1918 — RGBl. S. 174 — je Seite 0,40 M, die Seite zu 32 Zeilen je 15 Silben.)

Die Erhöhung der Schreibgebühren des preuß. Gerichtskostengesetzes kann aber, wenn auch nicht bei Gericht, so doch bei anderen preußischen und deutschen Behörden als Richtschnur dienen für die Liquidation für Reinschrift eines Gutachtens.

Da für 0,40 M wohl kein Schreiber die Abschrift liefern wird (das Papier ist dabei eingerechnet!), so wird es sich empfehlen, dem Gericht gegenüber entweder v o r h e r eine höhere Schreibgebühr zu beantragen oder unter Vorlage der quittierten Rechnung die Erstattung der tatsächlichen Auslagen für die Abschrift zu verlangen.

R.

Buchbesprechungen.

— S o m m e r, Dr. phil. et med. Georg, Leib und Seele in ihrem Verhältnis zueinander. Aus Natur und Geisteswelt, 702. Bändchen. 128 S. Leipzig und Berlin 1920, B. G. Teubner. Kart. 2,80 M, geb. 3,50 M hierzu Teuerungszuschläge.

Eine sehr empfehlenswerte gemeinverständliche Darstellung der Lehre vom Bewußtsein, Materialismus, Leib-Seele-Problem, Parallelismus (in seinen verschiedenen Auffassungen), Neovitalismus, Kausalsatz und Energieprinzip. S. kommt zu dem Ergebnis: Die Annahme habe viel für sich, daß das Verhältnis zwischen Leib und Seele als ein kausales im Sinne der Wechselwirkungstheorie zu bestimmen sei.

— K l e i s t, Prof. Dr. K., Frankfurt a. M.: Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Heft 21 der „Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie". 55 S. Berlin 1920, Ju



Springer. Preis 18,00 M. — Für die Abonnenten der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 16,00 M.

Ergebnis: Angesichts der pandemischen Verbreitung der Seuche von 1918-19 ist die bisher bekannt gewordene Zahl von etwa 100 Fällen von Influenzapsychose nicht übermäßig groß; sie bleibt hinter der Häufigkeit der Typhuspsychosen und der Beteiligung der Psyche bei der infektiösen Chorea zurück. In den südlichen Rand- und Nachbargebieten Deutschlands und in den Küstengebieten an der Ost- und Nordsee wurden sie häufiger beobachtet.

Auftreten und Grad der psychischen Störung standen nicht im Verhältnis zur Schwere der körperlichen Erkrankung.

Die Influenzapsychose bevorzugte wie die Influenza selbst das Alter zwischen dem 31. und 40. Lebensjahre.

Es sind überwiegend toxische Enzephalopathien mit schweren und ausgedehnten Nervenzellveränderungen. Vereinzelt leichte diffuse Meningoenzephalitis, worauf leichte meningitische Zeichen und Herdsymptome hinweisen. Neuritische Erscheinungen mehr als in einem Drittel. Die Hirnschädigungen sind vorübergehend und ausgleichbar und haben in keinem Falle als solche den Tod herbeigeführt. Dieser wurde durch Lungen- oder Nierenentzündung bewirkt. Ausgang in chronische Psychosen oder Defektzustände sind nicht beobachtet. Die postgrippösen Störungen sind etwas häufiger, dauern länger und treten öfter bei erblich Belasteten auf. Unter den Symptomenbildern überwiegen die „heteronomen" Dämmerzustände und Delirien) gegenüber den „homonomen"). Besonders oft wurden depressive Zustände, auch unter den heteronomen Krankheitsbildern, beobachtet, sowie die Neigung der Influenza, bei entsprechender Veranlagung endogene Depressionen auszulösen. Influenzapsychosen und andere Infektionspsychosen entstehen zu einem Teil unter Beihilfe verschiedenartiger Konstitutionsanomalien wie Imbezillität, psychopathische Veranlagung u. ä. Es gibt aber außerdem eine spezifische Veranlagung zu Infektionspsychosen, die zuweilen auch familiär auftritt. Infolge einer solchen Veranlagung treten scheinbare periodische Psychosen auf, die in Wirklichkeit wiederholte symptomatische Psychosen auf dem Boden einer spezifischen Disposition zu infektiösen Gehirnschädigungen sind. Es gibt anscheinend getrennte Dispositionen zu Delirien, Verwirrtheitszuständen, hyperkinetischen Erregungen und Stuporzuständen. Außer der schon bekannten konstitutionellen „autochthonen Labilität" der manisch-depressiven Krankheitsgruppe und der „reaktiven Labilität" der Hysteriker und der zu psychogenen Psychosen disponierten muß man daher noch die dritte Art der „symptomatisch-labilen" Konstitution anerkennen. B.

Therapeutisches.

— **Unsere Erfahrungen mit Eukodal.** Von Dr. Frieda Baumm, Med. Univ.-Klinik Königsberg. Therapeutische Monatshefte 1919 Heft 6.

Die günstigsten Erfahrungen wurden bei Lungenkranken gemacht. Kranke mit großen pleuritischen Exsudaten, Zyanose, Dyspnoe, starkem Hustenreiz und erheblicher Pulsbeschleunigung nahmen zwei Eukodaltabletten mit dem Erfolg, daß der Hustenreiz aufhörte, die Atemnot verschwand, die Atmung ruhiger und tiefer wurde, die Frequenz der Herzaktion abnahm. Die Patienten schliefen oft die ganze Nacht hindurch, eine gleiche Eukodalgabe am nächsten Morgen hielt sie auch tagsüber weiter beschwerdefrei. Selbst bei längerer Verabreichung trat eine Gewöhnung und Herabsetzung der Wirksamkeit nicht ein. Dieselbe günstige Wirkung hatte Eukodal bei trockenen Pleuritiden, ferner bei Bronchitiden und mittelschwerer Lungentuberkulose mit mäßigem Hustenreiz, Auswurf und leichten pleuritischen Reizungen. Hier wurde niemals ein schädlicher Einfluß auf Herz oder Gefäße (Blutdrucksenkung) beobachtet. Patienten mit Nieren- und Bauchfelltuberkulose gaben ebenfalls die analgetische Wirkung der gleichen Eukodaldosis zu.

Bei Ischiaskranken befriedigte der Erfolg leidlich, fast nie dagegen bei dekompensierten Mitralfehlern. Ein Teil der Herzkranken erbrach nach einmaliger Darreichung von Eukodal, ebenso allerdings auch nach Pantopon oder Morphium. Bei Aortenaneurysmen und Pericarditis exsudativa mit heftigen Schmerzen wieder war der analgetische Einfluß des Eukodals ohne Nebenwirkungen vorhanden.

Sehr gute Erfolge wurden von der subkutanen Anwendung (0,02 g) gesehen, vor allem bei schwerer Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit heftigen Schmerzen. Eukodal bewährte sich hier besonders gut; gelegentliche Morphiuminjektionen machten die Kranken nur kürzere Zeit und nicht so vollkommen schmerzfrei wie Eukodal. Dieses ist dem Morphin gleichwertig, bisweilen sogar überlegen. Es hat keinen schädlichen Einfluß auf das Gefäßsystem und bietet nicht die Gefahr der Gewöhnung.

Personalnachrichten.

— **Bernburg.** Oberarzt Dr. Heyse wurde zum Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt ernannt.

— **Provinzial-Heilanstalt Schleswig** (Stadtfeld). Am 21. Februar 1921 ist Geh. San.-Rat Dr. Hermann Adler im 80. Lebensjahr gestorben. Er war vom 1. Oktober 1873 bis 1. November 1916 Arzt an der hiesigen Anstalt.

— **Abfindungssumme für Reichs-, Staats- und Kommunalbeamtinnen beim Ausscheiden aus dem Amte wegen Verheiratung.** Eine Reihe deutscher Frauenvereine, darunter auch der Deutsch-evangelische Fraubund, haben dem Herrn Finanzminister folgenden Antrag gestellt:

„Die Unterzeichneten nehmen zu der Frage der Aufhebung des sog. Eheverbotes keine einheitliche Stellung ein. Trotzdem sind sie sich einig in der Forderung einer Abfindungssumme.



Bei voller oder auch nur beschränkter Aufrechterhaltung der Bestimmung, daß die Beamtin bei ihrer Verheiratung aus dem Amte scheiden muß, erscheint die Gewährung einer solchen als eine Pflicht der Gerechtigkeit. Es ist unmöglich, daß weiterhin Beamtinnen trotz jahre- oder jahrzehntelanger Tätigkeit im öffentlichen Amte bei ihrer Verheiratung den Dienst verlassen müssen und dadurch aller verdienten Ruhegehaltsanwartschaften ohne eine entsprechende Entschädigung verlustig gehen. Die Verweigerung einer Abfindungssumme würde in Zukunft um so weniger erträglich sein, als die neuere soziale Gesetzgebung für die weiblichen Angestellten durch Zurückzahlung geleisteter Versicherungsbeiträge oder auf andere Weise Ersatz vorsieht, wenn die Verheiratung den Grund des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung bildete.

Sollte aber die Verbindung von Ehe und Amt der Frau allgemein gestattet werden, so erscheint die Bewilligung der Abfindungssumme als im Interesse des Volkswohles dringend geboten. Auch die Gegner der „Eheverbote" sind sich einig darin, daß in diesem Fall die Weiterbeschäftigung der verheirateten Beamtin nicht die Regel bilden dürfte, sondern daß, abgesehen von seltenen Ausnahmefällen, ein freiwilliges Ausscheiden aus dem Amt angestrebt werden müsse. Denn die Doppelbelastung der Beamtin im Dienst und Haushalt muß entweder zum Raubbau an der physischen Kraft der Beamtin führen oder diese zur Vernachlässigung ihrer Pflichten in einem oder im anderen Wirkungskreis veranlassen. Die Unterzeichneten glauben, daß die Aussicht auf eine Abfindungssumme die Beamtinnen vielfach zum freiwilligen Austritt bestimmen wird, auch solche, die unter dem Druck der heutigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten sonst vielleicht entgegen ihrer Überzeugung Amt und Ehe miteinander verbinden würden.

Die von uns geforderte Abfindungssumme müßte einen ausreichenden Ersatz der verdienten Versorgungsansprüche darstellen, wie er in ähnlicher Weise vom „Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911" in den §§ 62 und 63 vorgesehen wurde und auch durch das bayerische Beamtengesetz unter gewissen Voraussetzungen für die weiblichen Beamten in Artikel 206 auf Antrag gewährt wird.

Die unterzeichneten Verbände bitten den Herrn Reichsfinanzminister mit allem Nachdruck für die baldige Gewährung einer solchen Abfindungssumme für alle bei der Verheiratung aus dem Dienste scheidenden Reichs-, Staats- und Kommunalbeamtinnen einzutreten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Kreuzburg (Oberschlesien.) — Erscheint bis auf weiteres 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.





KOPFSCHMERZ
UND KOPFDRUCK LINDERT
GEISTIGE AUSDAUER ERHÖHT
STIRNKÜHLER
-PSYGMA-

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Beyer, Dr. **Bernh.,** Oberarzt am Sanatorium Herzoghöhe b. Bayreuth. Die Bestrebungen zur Reform d. Irrenwesens. Material zu einem Reichs-Irrengesetz. Für Laien und Ärzte. Preis M 12,—.

Birnbaum, Dr. **Karl.** Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. Moeli. Preis M 6,—.

Kolb, Dir. Dr. **G.,** in Kutzenberg. Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Mit zahlreichen Grundrissen. Preis M 36,—, in Halbfranz geb. 38,50.

Moeli, Geheimer Obermedizinalrat Professor Dr., Berlin-Lichtenberg. Die Fürsorge für Geisteskranke und geistig Abnorme nach den gesetzlichen Vorschriften, Ministerial-Erlassen, behördlichen Verordnungen und der Rechtsprechung. Ein Handbuch für Ärzte und Verwaltungsbeamte. Preis M 7,50.

Siefert, Prof. Dr. **Ernst,** Halle a. S. Über die Geistesstörungen der Strafhaft mit Ausschluß der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber. Preis M 6,—.

— Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge. Preis M 6,—.

Bresler, Dr. **Joh.,** Lüben in Schl. Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie. Preis M 6,—.

Zu den angeführten Preisen kommt noch ein Teuerungs-Zuschlag von 50—70 v. H.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die vorstehenden Seiten.

Lewaldsche Kuranstalten

Gegründet 1870 — **Obernigk b. Breslau** — Fernspr. Amt Obernigk

1. Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke. 2. Erholungsheim für Nervöse und Erholungsbedürftige. Entziehungskuren.

Dr. Joseph Loewenstein, Nervenarzt.

Sanatorium von Dr. Th. Brunner

Küsnacht am Zürichsee.

Aufnahme von **Nerven-** und **Gemütskranken, Morphium-** und **Alkoholentziehungskuren.** Prächtige Lage mit ausgedehnten Gartenpromenaden am Seeufer. Mehrere Häuser. Illustrierte Prospekte mit Referenzen zu Diensten.

Dr. med. Th. Brunner.

Geh. Sanitätsr. Dr. Goldsteins Sanatorium

für Nervenkranke u. Erholungsbedürftige, Berlin-Lichterfelde

Entziehungskuren; alle Arten elektrischer Behandlung.

In 15 Minuten vom Potsdamer Ringbahnhof erreichbar. Telephon: Li. Nr. 20.

Epileptiker

Genesungsheim für Knaben und junge Männer höh. Stände unt. Oberleitg. d. psychiatrischen Klinik Jena; staatl. anerkannt u. empfohl.; psycho-pädag. Fortbildg durch akad. geb. Fachmann **(auf W. Vorbereit. z. Einj. u. Abit.).** Herzl. Familienleb. Frau Dr. Peters, Niederkrossen bei Orlamünde i. Thür.

Dr. Facklam's Sanatorium

Bad Suderode am Harz.

Offene Kuranstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige. Das ganze Jahr besucht. Zentralheizung. Elektrisches Licht. Prospekte durch den leit. Arzt San.-Rat Dr. **Facklam,** Nervenarzt.

Kuranstalt „Parkhof" Rinteln a. W.

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Zwei durch die Straße getrennte Häuser für leichte und schwere Kranke; große geschützte Parks und Gärten, elektr. Licht, Zentralheizung, Badehaus mit elektr. Licht- und Bestrahlungsbädern. Liegehalle, Wintergarten etc.

Auskunft und Prospekt durch die Besitzer und leitenden Ärzte.

Telephon 54. Dr. med. **Adolf Hoppe** und Dr. med. **Hans Hermel.**

Dietenmühle Wiesbaden

Sanatorium für Nerven- und Innere Kranke

Ärztliche Leitung: **Dr. Friedrich Mörchen**

Erhöhte Lage im Kurpark. — 10 Minuten vom Kurhaus

Das ganze Jahr besucht.

Als wertvolles **Nachschlagebuch für Krankenanstalten und Sanatorien** mit eignen Wäschereianlagen:

Soeben erschienen:

Handbuch der gesamten Dampfwäscherei für Textilstoffe

Von Otto Neumann, Ing. b. Magistrat Berlin

253 Seiten Text. 89 Abbildungen. In Halbleinen geb. M 27,50.

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)

